DICTIONAIRE
ABRÉGÉ
DES SCIENCES MÉDICALES.

TOME QUATORZIÈME.

PARIS. — IMPRIMERIE DE C. L. F. PANCKOUCKE,
RUE DES POITEVINS, n° 14.

DICTIONAIRE

ABRÉGÉ

DES SCIENCES MÉDICALES

De MM. Adelon, Alibert, Barbier, Bayle, Bégin, Bérard, Biett, Boyer, Breschet, Bricheteau, Cadet de Gassicourt, Chamberet, Chaumeton, Chaussier, Cloquet, Coste, Cullerier, Cuvier, De Lens, Delpech, Delpit, Demours, De Villiers, Dubois, Esquirol, Flamant, Fodéré, fournier, Friedlander, Gall, Gardien, Guersent, Guillié, Hallé, Hebreard, Heurteloup, Husson, Itard, Jourdan, Keraudren, Larrey, Laurent, Legallois, Lerminier, Loiseleur-Deslongchamps, Louyer-Willermay, Marc, Marjolin, Marquis, Maygrier, Montfalcon, Montègre, Murat, Nacquart, Orfila, Pariset, Patissier, Pelletan, Percy, Petit, Pinel, Piorry, Renauldin, Reydellet, Ribes, Richerand, Roux, Royer-Collard, Rullier, Savary, Sédillot, Spurzheim, Thillaye fils, Tollard, Tourdes, Vaidy, Villeneuve, Villermé, Virey.

PAR UNE PARTIE

DES COLLABORATEURS

C. L. F. PANCKOUCKE ÉDITEUR,
rue des Poitevins, n° 14.

1826.

DICTIONAIRE

ABRÉGÉ

DES SCIENCES MÉDICALES.

RÉACTIF, s. m.; nom donné par les chimistes à tout agent dont ils se servent pour analyser les corps et reconnaître les principes qui les constituent. On le réserve néaumoins, d'une manière spéciale, pour désigner certaines substances dont les effets étant bien connus, constans et comparatifs, suffisent pour indiquer la présence de tel ou tel corps élémentaire dans un composé quelconque.

RECHUTE, s. f., *morbi reapparitio;* retour d'une maladie pendant la convalescence. Les causes de la rechute sont les renouvellemens ou la continuation de celles de la maladie, un retour trop hâtif vers le régime de la santé, une vive affection de l'âme, l'exposition au froid ou à une vive chaleur, à l'air libre, l'administration prématurée d'un purgatif, d'un tonique. On la reconnaît au malaise dont le sujet se plaint tout à coup, au frisson qui se fait souvent sentir, enfin au renouvellement des symptômes qui avaient disparu, ou à la manifestation de quelques autres, dépendant de ce que la maladie, en se reproduisant, s'étend à quelque autre organe que celui qui était auparavant lésé. On pourrait la distinguer en *rechute locale*, ce serait celle qui a lieu par le renouvellement de l'inflammation, par exemple, dans l'organe primitivement affecté, et *rechute sympathique*, celle qui a lieu par le renouvellement de l'inflammation dans un organe autre que celui qui était primitivement affecté : cette dernière est un des cas auxquels on a donné le nom de *deutéropathie*.

Il est aisé de voir que, pour prévenir les rechutes, il faut

faire complétement cesser les causes de la maladie; combattre avec énergie la maladie, afin qu'elle laisse le moins possible d'irritation à sa suite dans l'organe qui a été malade et dans ses congénères; écarter avec soin toute cause morbifique qui se présente dans le cours de la convalescence; recommander surtout d'éviter toute émotion morale, ne jamais se hâter de prescrire le purgatif conseillé par la routine humoriste, et réclamé par l'ignorance des malades; se garder de recourir trop tôt à des toniques, qui produisent si souvent la faiblesse que l'on veut éviter, ou qui augmentent celle que l'on désire voir diminuer; prolonger le régime de la convalescence aussi longtemps que possible, et ne laisser revenir le malade à son régime habituel que par degrés insensibles, en ayant soin de le remettre à la diète au moindre malaise susceptible de faire craindre la rechute; ne permettre au sujet de se mettre à la fenêtre, de sortir en voiture, de marcher, d'aller s'exposer au frais, au soleil, au grand air, que peu à peu, et autant que son état le comporte.

RÉCIDIVE, s. f., retour d'une maladie dans le cours de l'état de santé qui avait succédé à la convalescence.

RECIPIENT, s. m., *receptaculum*. On appelle ainsi, en chimie, tout vase qu'on adapte au ciel d'une cornue, d'un matras ou d'un alambic, pour recueillir les produits liquides ou gazeux de la distillation; en physique, la cloche de verre qu'on dispose sur la platine de la machine pneumatique, et qui sert à renfermer les corps qu'on veut soumettre à l'épreuve de la raréfaction de l'air ou du vide.

RÉCRUDESCENCE, s. f.; terme employé depuis peu dans le langage médical, et dont on se sert pour désigner le passage ou le retour subit d'une irritation chronique à l'état aigu.

La récrudescence diffère de la deutéropathie parce qu'elle est caractérisée par le développement subit d'un caractère plus grave et plus aigu dans une affection qui persistait après s'être affaiblie peu à peu, au lieu de l'être par l'apparition d'une lésion autre que celle qui existait précédemment. Elle diffère aussi de la rechute, en ce qu'il n'y a pas, comme dans celle-ci, reproduction d'une lésion qui avait cessé, mais seulement exaspération d'une maladie qui existait encore, et dont les phénomènes étaient peu apparens.

RECTIFICATION, s. f., *rectificatio*; opération chimique ou pharmaceutique qui consiste à soumettre un liquide à la distillation pour le débarrasser des substances étrangères avec lesquelles il peut être mêlé, et qui se volatilisent ou restent dans la cornue, suivant qu'elles sont plus ou moins volatiles que lui.

RECTUM, s. m., *rectum*; dernière portion du gros intestin, celle qui s'ouvre au dehors par l'anus.

Le rectum commence à l'extrémité inférieure du colon, s'attache à la moitié gauche de la face antérieure du sacrum, dans une petite étendue de son extrémité supérieure, par un court repli du péritoine qu'on appelle mésorectum, et dans le reste par du tissu cellulaire tout simplement, se dirige de gauche à droite et de haut en bas, tant qu'il se trouve enveloppé par le péritoine, et ne commence à descendre en ligne droite que quand cette membrane l'abandonne.

Si on le considère dans sa totalité, on trouve qu'il s'étend du détroit supérieur du bassin à l'anus. Dirigé d'abord un peu obliquement de gauche à droite, il se courbe, vers la partie inférieure de l'excavation pelvienne, pour se porter, d'arrière en avant, sous la vessie, jusqu'au niveau de la prostate, au dessous de laquelle une nouvelle courbure le dirige de haut en bas et un peu d'avant en arrière. On peut donc, ainsi que l'a très-bien dit Sanson, à qui on en doit une description plus exacte que celle de ses prédécesseurs, on peut le considérer comme formé de trois parties séparées par ces deux courbures, et distinctes l'une de l'autre par leur situation, leur structure, la nature et l'importance de leurs connexions. La première, ou supérieure, dirigée de haut en bas, et un peu obliquement de gauche à droite, est étendue depuis la fin de l'S du colon jusqu'à l'endroit où l'intestin se dégage de son enveloppe péritonéale, et se courbe pour se porter au dessous de la vessie. Elle constitue plus de la moitié de sa longueur. Elle est flexueuse, libre, lisse, revêtue par le péritoine, et fixée, d'une manière lâche, à la paroi postérieure de l'excavation du petit bassin, par un repli de cette membrane. La seconde, ou moyenne, comprise entre les deux courbures, a environ trois pouces de long. Sa direction est oblique de haut en bas et d'arrière en avant. Légèrement courbée dans le même sens, elle est fixe, immobile, et correspond constamment en arrière à la partie inférieure du sacrum, au coccyx et au plancher formé par les muscles ischio-coccygiens; en avant, au bas-fond de la vessie, dont elle est séparée, en dehors et en bas, par les vésicules séminales et les conduits déférens, et plus inférieurement par la prostate; enfin, sur les côtés, à un tissu cellulaire abondant. Sa structure et son organisation diffèrent de celles de la portion supérieure, en ce qu'elle est entièrement dépourvue de péritoine, si ce n'est quelquefois à la partie la plus élevée de sa face antérieure, dans le cas de rétraction considérable de la vessie, en ce que sa tunique musculeuse est beaucoup plus épaisse et formée de fibres longitudinales beaucoup plus fortes et plus nombreuses, et en ce qu'elle est environnée de toutes parts d'un tissu cellulaire, serré seulement au dessous de la prostate, lâche et fort abon-

dant dans tout le reste de la circonférence de l'intestin. Enfin la portion inférieure de ce dernier commence au dessous et au niveau de la prostate, et finit à l'anus. Sa longueur varie, depuis un pouce jusqu'à un pouce et demi. Elle est plus large en haut qu'en bas. Sa direction est oblique de haut en bas, et un peu d'avant en arrière. Près de son origine, elle est environnée de tous côtés par un tissu cellulaire abondant, excepté en devant, où elle correspond à la prostate; dans tout le reste de son étendue, elle est enveloppée par les sphincters. Sa structure est fort différente de celle des deux autres portions. En effet, lorsque le rectum, arrivé sous la prostate, s'est courbé pour la seconde fois, sa tunique charnue, très-épaisse, et à fibres longitudinales très-nombreuses, se termine brusquement; la musculeuse seule s'avance jusqu'à la peau, environnée de fibres musculaires circulaires appartenant aux sphincters, qui forment, par leur assemblage, une espèce d'anneau beaucoup plus mince à son origine que du côté de la peau, où il devient plus épais, et où il donne naissance à deux prolongemens en forme de queues, dont l'antérieur, plus long, se dirige vers le bulbe de l'urètre, et se confond là avec le bulbo-caverneux, tandis que le postérieur se porte vers le coccyx. Revêtu à son intérieur par la fin de la tunique muqueuse de l'intestin, et uni en avant et en haut à la prostate, cet anneau musculeux correspond de toutes parts à un tissu cellulaire très-abondant et graisseux.

Ainsi la portion supérieure du rectum est mobile, et revêtue par le péritoine, tandis que la moyenne et l'inférieure, formant ensemble une longueur de quatre pouces au moins, environnées de tous côtés par un tissu cellulaire abondant, sont fines et dépourvues d'enveloppe péritonéale.

Cette disposition anatomique est fort importante à connaître pour l'exécution de la taille par la méthode de Sanson.

Le rectum présente cependant des anomalies. Quelquefois, il descend dans le bassin, non pas sur le côté gauche du sacrum, mais sur le côté droit. Dans un cas de cette espèce, qui a été observé par Meckel, la grande courbure gauche inférieure, ou l'S du colon, s'avançait beaucoup vers la droite, s'unissait étroitement à sa partie moyenne avec le commencement du colon ascendant, et se trouvait fixée de cette manière au côté droit. Sa portion ascendante et sa portion descendante étaient également adhérentes, mais elles s'écartaient un peu l'une de l'autre inférieurement. Au dessous de ce point, le commencement de la courbure et celui du rectum étaient unis aussi par un repli du péritoine, d'où résultait un enfoncement considérable, qui aurait pu facilement recevoir une portion de l'intestin grèle longue de quelques pouces, et donner ainsi naissance à une hernie interne.

Outre les particularités indiquées précédemment, le rectum diffère encore du reste de l'intestin grêle, en ce qu'il est presque toujours beaucoup plus large, que le péritoine ne forme pas d'appendices épiploïques à sa surface, que ses fibres musculaires sont beaucoup plus fortes, que la couche longitudinale l'entoure de toutes parts, enfin que la membrane interne est également lisse et parsemée de glandes mucipares simples, mais que ces glandes sont plus petites et moins abondantes.

Le rectum est spécialement chargé de l'expulsion des matières fécales. Lorsque celles-ci se sont accumulées en certaine quantité, il se développe en lui une sensation particulière qui annonce le besoin de les rejeter au dehors. En même temps, la membrane musculeuse du rectum entre en contraction, et comprime la matière qui, refoulée contre le sphincter de l'anus, surmonte la résistance de cet anneau, le force à s'ouvrir, et tombe alors par le seul fait de sa pesanteur. Il y a d'abord action des fibres circulaires de l'intestin, qui se contractent successivement de haut en bas, puis action des fibres longitudinales, qui tendent à raccourcir le rectum, et à diminuer l'espace que la masse de matière doit parcourir. A ces deux phénomènes, se joignent, comme moyens coopérateurs, l'occlusion de la glosse et la contraction des puissances inspiratrices, qui refoulent les viscères abdominaux vers le bassin, et contribuent ainsi à exprimer le contenu du rectum. Le muscle releveur de l'anus agit également pour ramener cet intestin en avant, et effacer la courbure au moyen de laquelle il se loge dans la concavité du sacrum. D'un autre côté, le muscle transverse du périnée le comprime aussi un peu en avant et en bas. Tous ces efforts réunis contribuent à vaincre la résistance du sphincter, en supposant que la volonté ne concoure pas un peu à relâcher ce muscle d'une manière directe.

Les plaies du rectum sont peu fréquentes, à raison de la situation profonde de cet intestin, et de la protection qu'il reçoit des os qui forment la cavité pelvienne. Cependant on possède plusieurs observations de lésions de ce genre, à la suite de coups de feu dirigés vers la région hypogastrique ou les fesses. Lorsque la vessie est atteinte en même temps que le rectum, la sortie de l'urine et du sang par l'anus ne permet pas de méconnaître la nature de la plaie. Le diagnostic est quelquefois plus obscur, dans les cas où l'intestin seul est blessé, parce que la division peut ne fournir aucune hémorragie. Si la blessure existe au dessous du repli péritonéal, placé entre le rectum et la vessie, le sujet n'est exposé qu'aux infiltrations stercorales dans le tissu cellulaire du bassin, et la plaie n'est presque jamais mortelle; mais, lorsque l'intestin se trouve

percé plus haut, l'épanchement des matières qu'il renferme, dans la cavité du péritoine, l'expose à l'inflammation suraiguë de cette membrane, et à une mort très-rapide. Débrider largement les ouvertures extérieures faites par la balle; pratiquer d'abondantes évacuations sanguines générales et locales; couvrir le bassin de fomentations émollientes, et le plonger fréquemment dans les bains de siége; maintenir le sujet à une abstinence rigoureuse, et à l'usage des boissons mucilagineuses et féculentes, tels sont les moyens de traitement qu'il convient d'employer durant les premiers jours. Les lavemens pourraient alors être nuisibles, en délayant les matières stercorales, et en déterminant leur épanchement ou leur infiltration. Si elles étaient accumulées en grande quantité au dessus de l'anus, il faudrait les extraire avec la curette. On attend ainsi, en prévenant et en combattant les accidens inflammatoires, l'époque de la cicatrisation des plaies. Lorsque des abcès se forment à la marge de l'anus ou sur quelques points de la circonférence du bassin, on doit les ouvrir promptement, et l'on voit souvent sortir, avec le pus qu'ils contiennent, soit la balle elle-même, soit des portions de vêtement entraînées par elle, soit enfin des fragmens détachés des os des îles ou du sacrum. Jusque là, aucune recherche étendue pour découvrir ou extraire ces corps étrangers ne pourrait être permise. Il est, en général, imprudent de porter les instrumens au delà de l'épaisseur des parois pelviennes, à raison des désordres qu'ils peuvent déterminer dans les parties molles et importantes qu'elles protègent.

Le rectum est fort exposé à deux affections, connues sous les noms de chute et de renversement de cet intestin. La première de ces lésions consiste dans la procidence de la membrane muqueuse, qui se relâche, s'allonge, abandonne la tunique charnue, et vient au dehors faire une saillie plus ou moins considérable. Le rectum est trop solidement fixé dans la situation qu'il occupe, pour que le renversement de toutes les parties qui le constituent soit possible. D'ailleurs, la guérison de la procidence qui nous occupe par la gangrène, l'excision ou le cautère actuel, démontre qu'elle était uniquement produite par la sortie de la membrane interne de l'intestin.

La chute du rectum est fréquente chez les enfans, et spécialement chez ceux qui, tourmentés par des coliques, par la diarrhée, par la pierre dans la vessie, poussent des cris continuels, et font de fréquens efforts pour aller à la selle. Les adultes placés dans les circonstances analogues, présentent aussi des exemples de cette affection, qui n'est pas rare chez les vieillards, et après les dysenteries prolongées. La tumeur formée, dans tous ces cas, par la tunique interne du

rectum, se développe lentement. Elle ne consiste d'abord qu'en un bourrelet muqueux, peu saillant, que les contractions des sphincters de l'anus font assez facilement rentrer; mais elle augmente graduellement de volume, et s'étend jusqu'à deux ou trois pouces de l'ouverture anale. Cette tumeur n'est pas précédée de douleurs intestinales profondes, et n'occasione qu'un sentiment pénible de distension et de plénitude au fondement. Elle constitue, autour du fondement, un bourrelet volumineux, large et arrondi en bas, resserré en haut par le cercle de l'anus, avec lequel il se continue, et présente à son extrémité libre une ouverture par laquelle sortent les matières stercorales. La surface de cette tumeur est rouge, quelquefois bleuâtre, molle, rénittente ou fortement tendue, suivant la constriction exercée sur son pédicule par les sphincters. Une mucosité abondante et souvent mêlée de sang, la recouvre, en même temps que des replis profonds la partagent en plusieurs lobes.

Aussi long-temps que la procidence de la membrane muqueuse du rectum peut être réduite, après chaque selle, par le malade lui-même, elle ne constitue qu'une incommodité supportable, qui n'altère en rien la régularité des fonctions; mais, lorsque la tumeur devient plus volumineuse, plus difficile à faire rentrer et à maintenir au dessus de l'anus, elle rend l'excrétion des matières fécales douloureuse; le plus léger effort suffit pour la reproduire, et enfin elle reste constamment à l'extérieur. Dans cet état, l'action de l'air, le contact et le frottement inévitable du linge, enflamment la membrane muqueuse; des fongosités et des ulcérations apparaissent à sa surface. Du sang est abondamment versé par ses vaisseaux; la tumeur qu'elle forme devient entièrement irréductible, et l'irritation chronique qui s'en empare peut épuiser le sujet et le conduire à l'état du plus profond marasme. L'étranglement et la gangrène peuvent aussi survenir par la constriction de l'anus sur le pédicule de la tumeur; mais cet accident est rare, et lorsque le malade résiste aux premiers accidens de l'inflammation et de la fièvre, la guérison est le résultat de la chute de toutes les parties qui faisaient saillie au dehors.

Plus la maladie est récente, plus il est facile d'y remédier. Lorsque la tumeur se borne à paraître pendant que le sujet se livre aux efforts de la défécation, il convient, après l'avoir réduite, d'insister, d'une part, sur les moyens propres à guérir les lésions qui entraînent la réitération trop fréquente de ces efforts; de l'autre, sur les bains de siège froids, les fomentations astringentes et ferrugineuses, et les lavemens de même nature, afin de rendre à la membrane muqueuse la fermeté qu'elle a perdue, et de resserrer les liens qui l'unissent à la

tunique charnue sous-jacente. Lorsque la réduction présente des difficultés, on doit y procéder de la manière suivante. Le sujet sera couché sur les coudes et sur les genoux, de manière à rendre l'anus saillant, et placer le bassin plus haut que l'épigastre; il devra éviter les cris, les efforts violens, et respirer à pleine poitrine. Le chirurgien, convenablement situé, après avoir enduit ses doigts de cérat, doit s'efforcer d'abord de diminuer, par la compression, le volume de la tumeur, en repoussant au dessus du cercle de l'anus la sérosité sanguinolente qui l'infiltre et la distend. Réduite ensuite à la simple épaisseur des parois membraneuses, il devient facile de la repousser elle-même, et de porter profondement, avec le doigt, les parties qui la constituaient dans l'intérieur du rectum. Ce procédé, que nous avons plusieurs fois employé, est celui qui entraîne le moins de douleur pour le malade, et de lenteur dans le manuel opératoire. Quelquefois, il faut laver d'abord l'intestin sorti et desséché, puis le presser très-lentement à raison de la phlogose dont il commence à être le siége; et, chez les enfans indociles ou que la douleur sollicite à pousser des cris violens, l'opération peut devenir laborieuse et se prolonger pendant long-temps.

Lorsque là tumeur est ancienne, elle s'accompagne toujours d'un relâchement plus ou moins considérable de l'anus, et ressort avec la plus grande facilité. On a essayé de la maintenir avec des mèches volumineuses, enduites de cérat et portées très-haut dans le rectum; mais ce moyen pallie le mal plutôt qu'il ne le guérit, et, en dilatant de plus en plus l'ouverture de l'intestin, il rend la chute inévitable, toutes les fois que la mèche se déplace ou n'est pas assez volumineuse. C'est une sorte de pessaire qui, au lieu d'agir seulement sur la partie qui tend à descendre, ouvre davantage l'orifice qui lui donne issue, et agrave ainsi les conditions morbides. Ce moyen doit être rejeté. Les appareils contentifs, formés de compresses soutenues par un bandage en T, ou de pelottes élastiques, surmontées de courroies en avant et en arrière, qui vont s'attacher à une ceinture ou à des bretelles placées sur les épaules; ces appareils, disons-nous, n'ont pas les mêmes inconvéniens que les corps étrangers placés dans l'anus, mais ne procurent presque jamais de guérison radicale. Le sujet qui les porte est dans la même situation que celui dont un bandage contient la hernie : aussitôt que la pelotte est enlevée, l'effort le moins considérable suffit pour faire ressortir l'intestin. L'indication fondamentale consiste alors à resserrer l'ouverture de l'anus, et à lui donner assez de force pour résister efficacement à la puissance qui porte la membrane muqueuse au dehors. Les bains froids et les lotions astringentes contribuent bien à remplir cet objet,

mais leur action est ordinairement insuffisante, parce qu'ils ne peuvent rendre complétement, à des tissus relâchés, le ton qu'ils ont perdu. Dans ces occasions, Dupuytren a pratiqué avec succès l'excision de plusieurs des replis cutanés qui entourent l'ouverture de l'anus. Le sujet étant placé comme pour toutes les opérations qui se pratiquent sur cette partie, le chirurgien, avec des pinces à ligature, saisit et soulève les plis les plus flasques, et les excise avec les ciseaux courbes sur le plat, dont sa main droite est armée. Les petites plaies produites par cette légère opération sont disposées en rayon autour de l'anus; elles ne tardent pas à se fermer, et les cicatrices qui leur succèdent augmentent la fermeté des tissus, en même temps qu'elles resserrent l'ouverture placée à leur centre. Plusieurs sujets sur lesquels tous les moyens contentifs et astringens avaient échoué, ont été guéris suivant ce procédé.

Lorsque le bourrelet, formé au dehors par la membrane muqueuse du rectum, a contracté de fortes adhérences avec l'anus, et ne peut être réduit, il n'existe d'autre moyen de mettre un terme à la douleur et aux hémorragies continuelles dont il est le siége, et qui épuisent ces malades, que l'excision ou la cautérisation. La tumeur est souvent devenue charnue, dure, vasculeuse, et menace de passer à l'état cancéreux. L'excision peut être pratiquée au moyen de ciseaux portés de chaque côté du rebord de l'anus, et avec lesquels on circonscrit la tumeur, dont on a saisi le sommet à l'aide d'un fil qui la traverse. Si l'hémorragie qui résulte de cette opération résistait à l'emploi des lotions froides et astringentes, il faudrait recourir au tamponnement, ou, mieux encore, à la cautérisation pratiquée de la même manière que si cet accident succédait à l'excision d'HÉMORROÏDES internes. Afin d'éviter le danger que l'écoulement intarissable du sang peut entraîner, quelques chirurgiens préfèrent à l'instrument tranchant l'application du feu. Alors le cautère nummulaire, chauffé à blanc, doit être promené sur le sommet de la tumeur, de manière à l'entamer fortement. Lorsque cette première escarre se détache, et que l'inflammation produite par la brûlure diminue de violence, la tumeur s'affaisse, et, suivant le besoin, on réitère, une ou deux fois encore, à cinq à six jours d'intervalle, l'application du cautère. Ce moyen employé avec succès par plusieurs personnes est fort douloureux, mais efficace, et M. A. Severin regrettait beaucoup que de lâches médecins, suivant son expression, l'eussent empêché de le mettre en usage sur un chevalier napolitain, qu'une chute du rectum menaçait de conduire au tombeau.

Les personnes qui ont été atteintes de cette incommodité,

ou qui sont disposées à la contracter, doivent apporter un soin spécial dans le choix de leur nourriture. Il convient que leur régime soit tel, qu'elles évitent également la constipation et la diarrhée. Chez les enfans, ainsi que l'a constaté Roche, un bon régime, l'usage modéré du vin et des toniques, sont souvent le meilleur moyen de rétablir l'énergie vitale de l'extrémité inférieure du rectum. Lorsque les selles sont péniblement expulsées, des lavemens froids les favoriseront sans diminuer le ton des parties relâchées. Les sujets qui nous occupent doivent éviter de s'accroupir, mais rester presque debout pour rendre leurs excrémens, et ne s'asseoir que sur des siéges résistans et convexes, qui soutiennent l'anus, au lieu de s'affaisser sous le poids du corps, et de n'offrir aucune résistance.

Le *renversement* du rectum est une affection bien autrement grave que la précédente. Elle consiste dans l'intus-susception d'une partie ou même de la totalité du colon dans le rectum. Ce dernier, fixé dans la situation qu'il occupe par des liens étroits et nombreux, n'éprouve aucun déplacement; mais il reçoit, dans la cavité qu'il forme, les divisions supérieures du gros intestin, qui, pressant à leur tour l'anus, le traversent et sortent au dehors. On a vu le cœcum et une portion de l'iléon participer à ce déplacement, dont les causes et le mécanisme sont également difficiles à expliquer. La tumeur qui paraît alors est toujours beaucoup plus considérable que si elle était exclusivement formée par la membrane muqueuse rectale; Fabrice de Hilden l'a vue présenter la longueur de l'avant-bras; Haller cite l'histoire d'une femme dont l'intestin renversé pendait de la longueur d'un pied. Plusieurs faits de ce genre ont depuis été observés. Dans tous ces cas, l'aspect et la situation de la tumeur ne permettraient pas de méconnaître sa nature. Indépendamment du volume considérable qu'elle présente, et des replis transversaux qui sillonnent sa surface, on la distingue encore de la simple procidence de la muqueuse du rectum en ce qu'au lieu de se continuer immédiatement avec l'anus, sa base s'enfonce dans cette ouverture, qui reste parfaitement libre. On peut porter, entre la tumeur et le rebord des sphincters, un stylet qui pénètre plus ou moins haut, jusqu'à l'endroit où le rectum commence à se renverser sur lui-même.

Cette maladie est toujours dangereuse; lorsqu'elle est portée très-loin, elle entraîne la mort des sujets en un temps variable, suivant l'intensité de l'inflammation dont la tumeur devient le siège, et l'obstacle plus ou moins considérable qu'elle oppose à l'expulsion des matières fécales.

La première indication qui se présente consiste à réduire l'intestin. Le sujet étant placé sur les genoux et sur les coudes,

le chirurgien doit saisir la tumeur avec un linge enduit de cérat, et s'efforcer de la repousser, non en la portant en bloc au dessus de l'anus, mais en faisant successivement passer l'intestin renversé par l'ouverture centrale qui donne issue aux matières, afin de le déplier, s'il est possible, et de permettre à toutes les parties déplacées de reprendre leur situation normale. Le doigt, ou une canule de gomme élastique portée ensuite dans l'anus, serviront à reporter l'intestin aussi haut qu'ils pourront atteindre. La douche ascendante, et conseillée par Boyer, peut être fort utile lorsque l'intestin, quoique rentré, forme encore au dessus de l'anus une invagination considérable et un obstacle permanent à l'issue des matières stercorales. Si le renversement est récent et peu étendu, la guérison peut être assez facilement obtenue; mais chez les sujets où la tumeur, déjà ancienne, s'est enflammée, et où des adhérences se sont établies entre les tuniques péritonéales des intestins invaginés, les efforts de l'art sont insuffisans, et, comme dans les cas dont parle Robin, si l'on opère alors la réduction, l'invagination persistant au dessus de l'anus, la mort n'en est pas moins assurée.

Si l'intestin déplacé était trop violemment comprimé par les sphincters, et menacé d'étranglement, il faudrait, avec un bistouri boutonné, porté entre la tumeur et le rebord de l'anus, inciser celui-ci, et procéder ensuite à la réduction. Lorsque des adhérences rendent impossible le déploiement de l'invagination, et que la tumeur accumulée en bloc au dessus de l'anus, ne fournit plus d'issue aux matières stercorales, il faut s'efforcer de la ramener à l'extérieur, et inciser encore l'anus si cela semble nécessaire, afin de rétablir le cours des excrétions intestinales, et de prolonger de quelque temps au moins la vie des sujets. Dans certains cas, une canule de gomme élastique, portée au centre de la tumeur jusqu'au dessus de l'anus, pourrait servir à donner issue aux matières accumulées dans cet endroit, et à y porter des lavemens dont l'action serait, dans certains cas, avantageuse.

Thomas Chevalier a parlé d'un état de relâchement de la totalité du rectum qui n'est pas accompagné d'une procidence extérieure, mais quelquefois de l'invagination de la partie supérieure de cet intestin dans l'inférieure, dilatée par le séjour prolongé des excrémens. L'excrétion difficile des matières, leur petite quantité, une douleur sourde ressentie dans la région du sacrum, sont autant de circonstances qui peuvent indiquer l'existence de cette disposition. Une bougie, introduite dans l'anus, est presque toujours promptement arrêtée en s'engageant dans le pli formé par la portion renversée, au lieu de passer par le centre de l'intestin. De là peuvent naître une

constipation opiniâtre, le ténesme, des coliques, le gonflement des veines hémorroïdales, et quelquefois l'irritation de la prostate et de la vessie. Dans certains cas, le colon sécrète des mucosités abondantes, ou devient le siége d'une vive inflammation. Les lavemens répétés, froids et astringens, les toniques à l'intérieur et toutes les précautions indiquées contre les simples chutes de la tunique interne du rectum, sont ici parfaitement indiqués, et produiront d'excellens effets.

La dernière portion de l'intestin est, moins fréquemment que les autres organes, tapissée de membranes muqueuses qui communiquent directement au dehors, le siége de ces excroissances charnues désignées sous le nom de *polype*; cependant il n'est pas très-rare d'en rencontrer dans sa cavité; ils occupent presque toujours la partie la plus rapprochée de l'anus, et restent assez peu volumineux. Toutefois, d'une part, ils peuvent être placés assez haut pour que le doigt ne puisse les atteindre, et, de l'autre, leur grosseur peut égaler celle d'un œuf de poule : ils ne vont presque jamais au delà. Leur présence détermine une pesanteur incommode dans le rectum, de la difficulté dans l'excrétion des matières fécales, du ténesme, et l'issue habituelle d'une quantité plus ou moins considérable de sang et de mucosités; mais ces accidens peuvent dépendre d'altérations variées du rectum, et ne fournissent par conséquent aucun signe positif de l'existence des polypes; le doigt porté dans le rectum, et sentant la tumeur, ou l'issue de celle-ci au dehors durant les efforts pour aller à la selle, peuvent seuls caractériser son existence; alors il devient facile aussi d'apprécier son volume, sa situation, la largeur de la base et toutes les circonstances de ce genre qu'il importe de connaître avant d'entreprendre aucune opération pour la détruire.

Les polyes du rectum sont en général peu dangereux; ils sont cependant quelquefois formés d'un tissu rouge, celluleux, abreuvé de beaucoup de sang, et facile à s'irriter et à se couvrir d'ulcérations cancéreuses; mais les altérations de ce genre s'y développent rarement, et quelquefois ils se détachent tout à coup, après être sortis, lorsque l'étroitesse de l'anus ne leur permet pas de suivre la membrane muqueuse qui remonte après la défécation, et tiraille ainsi leur pédicule. Les moyens de la chirurgie sont toutefois indispensables dans le plus grand nombre des cas, pour les détruire; il faut alors injecter une grande quantité de liquide dans le rectum, puis engager le patient à faire un effort considérable et rapide pour l'expulser; sous l'influence de cette contraction du diaphragme et des muscles abdominaux, le liquide, les matières fécales et le polype lui-même sont ordinairement chassés au dehors. Alors on fait coucher et maintenir le sujet comme pour l'opération de

la fistule à l'anus, puis saisissant le polype, et dégageant son pédicule de l'anus, on applique une forte ligature à l'endroit où il s'attache à la membrane muqueuse. Rassuré par cette première opération contre l'hémorragie, on coupe ensuite la tumeur en deçà du lien, qui remonte avec la membrane muqueuse dans le rectum, et tombe quelques jours après. Si la ligature était trop peu serrée, et que, malgré sa présence, une hémorragie survînt, il faudrait procéder au tamponnement du rectum, ou à la cautérisation de l'endroit d'où le sang surgit.

Chez quelques sujets, la tumeur ne peut être amenée au dehors par le procédé indiqué plus haut. Desault conseille, dans ces cas difficiles, de lier son pédicule au moyen des instrumens ingénieux qu'il avait imaginés pour exécuter cette opération dans les fosses nasales. Mais si le polype n'est placé assez bas pour que le doigt atteigne l'endroit de son insertion, et dirige l'application de la ligature, le procédé de Desault présente de grandes difficultés, et expose à des dangers imminens. Les contractions spasmodiques de l'anus sous le doigt qui le distend, rendent toujours lente et pénible la marche des instrumens; en même temps que le doigt, ne pouvant toucher la partie qu'ils doivent entourer avec le fil, on est exposé à lier soit le rectum lui-même, soit le colon invaginé dans sa cavité, soit d'autres parties dont la section serait dangereuse ou mortelle. Aucune opération n'est donc proposable dans ce cas. Boyer préfère à la ligature l'excision pratiquée au moyen des ciseaux guidés par le doigt indicateur, dans les cas où les polypes, ne pouvant sortir, sont cependant assez rapprochés de l'anus pour être atteints; mais ce procédé expose à des hémorragies dangereuses. Nous croyons plus sûr alors d'aller saisir la tumeur avec des pinces ou une éraigne double, afin de l'attirer au dehors, comme on le fait pour les polypes du col de l'utérus, et de lier son pédicule avant de le couper. La laxité de la membrane muqueuse n'opposerait que peu de résistance à cette extraction qui, pratiquée lentement et avec des précautions, ne serait pas même très-douloureuse.

Des *fongosités* s'élèvent quelquefois de la membrane muqueuse du rectum, forment des tumeurs volumineuses, et s'échappent au dehors chaque fois que le malade rend les matières fécales. Boyer a vu une masse de ce genre qui avait le volume des deux poings, et était formée de plusieurs portions dont l'ensemble présentait assez bien une fraise de veau. Cette tumeur était molle, marbrée, et fournissait des mucosités abondantes. L'excision parut le seul moyen de la détruire. Le malade ayant pris un lavement, fit sortir la fongosité, qui parut tout entière hors de l'anus. Le malade se coucha ensuite sur le côté, et Boyer passa des fils cirés dans les différentes

parties de la tumeur, afin de la tenir au dehors; puis les excisa toutes successivement, employant tantôt le bistouri, tantôt les ciseaux, suivant la disposition des parties. Le sang ruissella en grande quantité de la plaie pendant l'opération; et lorsqu'elle fut achevée, il fallut recourir au tamponnement pour mettre un terme à l'hémorragie. Il ne survint aucun accident; la guérison parut même se consolider; mais, dix-huit mois après, la tumeur reparut. Une excision nouvelle fut pratiquée alors avec un égal succès, mais Boyer ne pense pas que le sujet ait été à l'abri d'une autre récidive. Trioen rapporte une observation analogue où l'on voit que la maladie repullula également après un temps assez court, et entraîna la mort de la femme qui en était atteinte. Faudrait-il donc alors préférer le cautère actuel à l'instrument tranchant, afin de poursuivre jusqu'à une profondeur plus considérable, et de détruire plus complétement les racines du mal?

L'extrémité inférieure du rectum est assez fréquemment atteinte d'inflammations chroniques, et par suite de *squirre* et de *cancer*. Les irritations syphilitiques de cette partie, les tumeurs hémorroïdales, les affections cutanées des environs de l'anus, la constipation opiniâtre, telles sont, parmi les causes, ordinairement obscures du cancer du rectum, celles qui ont le plus frappé les observateurs. Cette affection semble être plus commune chez la femme que chez l'homme. Les phénomènes qui la caractérisent sont une pesanteur plus ou moins considérable au devant du sacrum, des tiraillemens pénibles dans le rectum, un ténesme habituel, des cuissons prolongées le long des parois de l'intestin. Le besoin d'aller à la selle se reproduit souvent, et chaque fois le sujet ne rend, avec douleur, que de petites quantités de matières stercorales. En explorant les parties, on découvre tantôt un engorgement dur, épais, peu sensible, et prolongé plus ou moins haut dans le tissu cellulaire qui environne l'extrémité inférieure du rectum et de l'anus; tantôt un ou plusieurs tubercules circonscrits, solides, douloureux, situés à la surface de la membrane muqueuse, et obstruant en partie la cavité de l'intestin. Les évacuations alvines deviennent de plus en plus laborieuses, et accompagnées de douleurs plus vives. D'abondantes mucosités, puis une sanie sanguinolente ou du sang pur sont expulsés par l'anus; la pesanteur et la gêne que le sujet éprouve au rectum deviennent de plus en plus intenses; mais il est rare que ces sensations se transforment en élancemens aigus comme dans la plupart des autres affections squirreuses parvenues à un haut degré. La cavité de l'intestin devient seulement de plus en plus étroite; sa membrane muqueuse se recouvre de fongosités charnues et molles, et l'engorgement, dans ses en-

vahissemens successifs, transforme enfin en une filière étroite, sinueuse et de figure variable le trajet que doivent parcourir les matières stercorales. Alors les accidens produits par la rétention habituelle de ces matières, telles que les coliques, les borborygmes, l'agitation continuelle, s'ajoutent à ceux de la maladie locale, et hâtent l'affaiblissement des sujets; quelquefois les douleurs, durant l'excrétion d'une petite quantité de fèces, sont tellement vives, qu'afin de s'y soustraire, les malades vont jusqu'à se priver des alimens et se condamner aux tourmens de la faim. L'amaigrissement général devient de plus en plus considérable; mais la mort n'arrive presque jamais que quand la tumeur a envahi le rectum à une grande hauteur, et s'est propagée aux parties voisines. C'est ainsi qu'à l'hôpital militaire de Metz nous avons vu l'intestin jusqu'au delà de la portée du doigt, confondu en une même masse cancéreuse avec la vessie, la prostate et une grande partie de l'urètre; l'excrétion de l'urine était devenue aussi difficile que celle des matières stercorales. Chez la femme, il n'est pas rare de voir le vagin envahi, détruit par de larges ulcérations, formant avec le rectum un cloaque infect, où les excrétions intestinales s'accumulent et se mêlent à la sanie purulente dont les fongosités sont baignées.

Les engorgemens squirreux du rectum constituent toujours des affections très-graves; quelques chirurgiens, entre autres, Boyer, pensent même qu'ils sont entièrement incurables, et doivent nécessairement entraîner la mort des sujets qui en sont atteints. Ce pronostic nous semble exagéré : les irritations chroniques du rectum sont, comme toutes les phlegmasies du même genre, long-temps susceptibles d'être combattues avec succès par les moyens chirurgicaux, avant d'atteindre ce degré avancé de désorganisation qui résiste à tous les efforts de l'art. Détruire la cause présumée de la maladie, et spécialement la syphilis; rappeler à leur siége primitif les exanthèmes qui se sont transportés aux environs de l'anus; emporter, par des procédés convenables, les tubercules hémorroïdaux qui tendent à s'enflammer et à s'étendre, telles sont les premières indications qui doivent être remplies dans le traitement des engorgemens squirreux du rectum. Il convient de prescrire ensuite au malade un régime doux, légérement laxatif, peu abondant, et qui ne produise que de petites quantités de matières stercorales. Les applications fréquentes de sangsues aux environs de l'anus; les lavemens émolliens administrés en quantité assez petites pour être conservés dans le rectum, et avec assez de précaution pour ne pas irriter les portions enflammées de l'intestin; les bains de siége prolongés et renouvelés chaque jour; les cataplasmes relâchans appliqués pendant les intervalles

du bain, tels sont les moyens principaux sur l'usage desquels il faut insister.

Lorsque les parties affectées ne sont pas douloureuses, et que le passage des matières stercorales est seulement rétréci, l'introduction, dans le rectum, de mèches de charpie enduites de cérat ou d'onguent mercuriel, produit ordinairement de très-bons effets. Desault a réussi, en comprimant ainsi les engorgemens du rectum avec des mèches dont il augmentait chaque jour la grosseur, à opérer quelques guérisons; mais ce moyen ne doit être employé que quand on a suffisamment combattu l'irritation locale à l'aide des émolliens et des saignées capillaires. Si l'engorgement squirreux ne consistait qu'en un tubercule circonscrit, mobile, et voisin de l'anus, on pourrait tenter son extirpation. La crainte de diviser les sphincters, ou même d'emporter une partie de leurs fibres, ne devrait pas arrêter le chirurgien. Après l'opération, le tampon, la ligature ou le cautère actuel suffiraient pour mettre un terme à l'hémorragie, et des mèches introduites dans le rectum empêcheraient la cicatrice de resserrer assez l'ouverture inférieure de l'intestin pour rendre difficile la sortie des matières stercorales. Enfin, lorsque, malgré les moyens les plus puissans et les moins indiqués, le squirre fait des progrès, et rétrécit incessamment l'extrémité du rectum, on soulage encore les malades, on leur évite les coliques habituelles, et la douleur intolérable dont les excrétions alvines sont accompagnées, en introduisant dans l'anus, jusqu'au delà de la squirrosité, une grosse canule de gomme élastique, à l'aide de laquelle ces matières sortent continuellement sans irriter les parties. En fermant cette canule, et en ne l'ouvrant que quand le besoin l'indique, on imite assez bien la marche de la nature, et l'on évite les inconvéniens qui pourraient résulter, de l'action continuelle de l'air sur la membrane muqueuse du rectum.

Il est un instrument susceptible de rendre beaucoup plus facile, et le diagnostic des maladies de l'intestin, situées au dessus de l'anus, et l'exécution des opérations que ces maladies réclament: c'est le *speculum uteri* dont on obtient de si grands avantages dans le traitement chirurgical des affections du col de la matrice. Introduit dans l'anus après l'administration d'un lavement, cet instrument permet de découvrir avec l'œil la tumeur ou les ulcérations dont le rectum est le siége. La membrane muqueuse de l'intestin, poussée par les contractions péristaltiques s'engage même dans l'ouverture supérieure de la canule, et vient s'offrir en quelque sorte d'elle-même à l'action des instrumens. Si l'on voulait procéder à la ligature d'un polype situé profondément, on conçoit que le *speculum* rendrait plus facile l'application des fils, et préviendrait toute méprise

sur la nature des parties qu'il embrasse. Si des ulcérations ou des fongosités devaient être brûlées, la canule résistante et large de l'instrument mettrait sûrement le bout de l'anus et les portions saines de l'intestin à l'abri de l'action du feu; enfin, nous ne doutons pas qu'en multipliant ses applications, le *speculum* ne devienne aussi utile dans le traitement des maladies du rectum que dans celles de l'utérus et du vagin.

RÉCURRENT, adj., *recurrens;* nom donné par les anatomistes à toute branche nerveuse ou vasculaire qui suit une direction inverse des autres, et semble ainsi remonter vers l'origine du tronc d'où elle émane. Quatre artères et un nerf ont reçu cette épithète. L'*artère récurrente radiale antérieure* provient de la radiale; la *récurrente cubitale antérieure*, ainsi que la *postérieure*, de la cubitale; la *récurrente radiale postérieure*, de l'interosseuse; et la *récurrente tibiale*, de la tibiale antérieure. Le *nerf récurrent*, rameau du pneumo-gastrique, est aussi connu sous le nom de *laryngé inférieur*.

RÉDUCTION, s. f., *reductio;* opération de chirurgie par laquelle on rétablit dans leur situation normale les parties qu'une cause quelconque en avait fait sortir. On pratique la réduction dans les cas de fracture, de hernie, de luxation et de procidence.

En chimie, on appelle *réduction* une opération qui a pour but d'enlever l'oxigène aux oxides métalliques, afin de les faire repasser à l'état de métal pur.

RÉFLEXION, s. f., *reflexio;* phénomène qui consiste en ce qu'un corps élastique, mis en mouvement, est obligé, quand il rencontre un obstacle qu'il ne peut surmonter, de revenir sur lui-même avec une vitesse proportionnée à la violence du choc. Ainsi, quand un rayon de lumière, rencontrant une surface, se replie vers le milieu qu'il avait traversé, on dit qu'il se réfléchit. L'angle formé par la première direction de ce rayon avec la surface, porte le nom d'angle d'incidence, et celui qu'il forme avec la même surface en se redressant s'appelle angle de réflexion. L'expérience prouve que ces deux angles sont égaux et placés dans un même plan perpendiculaire à la surface de réflexion.

En anatomie, on donne l'épithète de *réfléchi* à tout tendon qui éprouve, dans son trajet, un changement de direction déterminé par la présence d'un organe qui a pour usage de briser le mouvement primitif de la corde tendineuse, et de lui en imprimer une différente. Les exemples de cette disposition ne sont pas rares dans l'économie animale.

RÉFRACTION, s. f.; nom imposé par les physiciens à la déviation qu'éprouve un corps, toutes les fois qu'il passe d'un milieu dans un autre qui lui offre, soit plus, soit moins de ré-

sistance, c'est-à-dire qui n'a pas la même densité. Si le nouveau milieu est moins dense, le corps se rapproche de la perpendiculaire, tandis qu'il s'en éloigne si ce milieu est plus dense. L'étendue de la réfraction varie en raison de la figure du mobile, de l'étendue de la surface par laquelle il rencontre le nouveau milieu, de la rapidité avec laquelle il se meut, et de son obliquité d'incidence, dernière condition qui exerce une influence si puissante, qu'elle suffit souvent pour convertir la réfraction en réflexion.

RÉFRIGÉRANT, adj. et s. m.. On appelle ainsi la partie supérieure, le chapiteau d'un alambic, parce que cette partie sert à condenser les vapeurs qui s'élèvent de la cucurbite. On donne aussi le nom de *réfrigérant* à toute substance et à toute mixtion qui est capable d'abaisser la température des corps, et de produire un froid artificiel plus ou moins intense.

RÉGIME, s. m., *victus ratio, vivendi modus, diœta, diœtetica.* Ce mot s'entend, dans l'acception la plus étendue, de l'usage raisonné des modificateurs habituels de l'organisme, soit dans l'état de santé, afin de prévenir les maladies et leur récidive, soit dans l'état de maladie pour obtenir la guérison, soit enfin dans la convalescence afin d'éviter les rechutes. Dans ces trois cas, il est synonyme de genre de vie; souvent on l'emploie pour désigner seulement l'usage raisonné des alimens et des boissons, indiqué par le médecin afin de prévenir ou de guérir les maladies. Nous allons principalement étudier dans cet article le régime alimentaire.

Des alimens et des boissons. L'adulte doué d'organes bien conformés résiste long-temps à l'influence du plus mauvais régime, n'en éprouve tout au plus que de légères indispositions, ou n'en est affecté gravement que fort tard. Les excès et les privations lui nuisent peu ou ne lui nuisent que passagèrement, quoique d'ailleurs ces dernières lui soient aussi pénibles qu'à tout autre, quelquefois même davantage; car tout sujet doué d'une bonne constitution, et qui jouit d'une bonne santé, éprouve de vifs besoins. Tout ce qu'il faut recommander à ces individus heureusement nés, c'est de ne pas abuser de leur constitution, d'user de tout ce que la nature leur fait désirer, mais avec modération, de s'abandonner rarement à des excès, afin de se mettre en état de supporter plus aisément les privations involontaires. Il est avantageux à ces sujets de ne pas suivre toujours absolument le même régime; autrement, ils pourraient devenir trop impressionnables à tous les autres. L'homme est fait pour un régime varié; en cela, comme en toute autre chose, l'excès seul est un défaut. L'uniformité parfaite du régime alimentaire a été accusée de produire le scorbut. Quoi qu'il en soit de cette assertion, on voit

le paysan le moins sensuel se lasser d'une nourriture toujours uniforme, et l'on peut regarder comme la satisfaction d'un besoin naturel ce goût si souvent effréné de la plupart des hommes pour les boissons excitantes et les assaisonnemens.

Considéré aux différentes époques de la vie, le régime doit varier. Chez l'enfant à la mamelle, le lait suffit jusqu'aux approches de la dentition. Quand le lait paraît surexciter l'estomac, il suffit d'en diminuer la dose et de le remplacer en partie par l'eau chargée d'un peu de mucilage ou seulement de sucre, jusqu'à ce que l'irritation ait cessé. A mesure que les dents paraissent, si les voies gastriques sont intactes, on habituera doucement l'enfant à passer du régime lacté au régime animal, en lui donnant des soupes, puis des gelées de viandes légères. La viande ne doit être permise que lorsque les dents sont en état de la diviser convenablement. Les légumes doivent être permis à l'époque où l'on donne les soupes animales.

L'eau est la seule boisson dont l'enfant doive faire usage quand il cesse de têter; il est bon de lui donner encore de temps à autre du lait, s'il le digère bien; car, dans le régime, tout changement brusque est à craindre. Il est absurde de donner du vin à un enfant, il est cruel de lui donner du café à l'eau, des liqueurs, etc.

La femme doit manger moins que l'homme, parce qu'elle prend moins d'exercice, parce qu'elle est plus sédentaire. Pour ces mêmes raisons, le vin pur lui nuit souvent, et le mieux est qu'elle le boive mêlé d'eau; la bière lui convient généralement. Plus irritable que l'homme, elle doit, plus que lui, s'abstenir de café à l'eau et de liqueurs; c'est à l'abus, et souvent même au simple usage des liqueurs et du café en infusion aqueuse que l'on doit attribuer le plus grand nombre des dérangemens dans les menstrues, plus communs, par cette cause, dans les villes que dans les campagnes.

La femme doit d'ailleurs fuir les excès plus que l'homme, parce qu'elle a un viscère très-important de plus, et par conséquent plus de maladies à redouter. Aux approches de la puberté, les excès accélèrent ou retardent l'apparition des menstrues; plus tard, ils provoquent en elles des phlegmasies sourdes de l'utérus, cause si fréquente des leucorrhées; dans l'état de grossesse, ils nuisent au fœtus, provoquent l'avortement, disposent aux accidens, aux hémorragies utérines pendant ou après l'accouchement, et, ce qui n'est guère moins redoutable, aux diverses phlegmasies abdominales comprises sous le nom de fièvre puerpérale. Les excès dans le coït nuisent moins en général à la femme qu'à l'homme, excepté les cas où il existe en elles une prédisposition morbide considérable.

Les vieillards sont condamnés par la nature au repos, à dormir peu, d'un sommeil léger, à chercher dans des alimens confortans, dans des boissons toniques, le moyen de conserver le peu de forces qui leur reste. Mais il ne faut pas que, dans cette intention, ils éteignent le flambeau qu'ils craignent de voir éteindre, et cela à force de le faire briller. Sobriété, choix des alimens les moins irritans parmi les plus nutritifs; des boissons les moins alcooliques parmi les plus reconfortantes; abstinence complète de toute tentative relative au coït; un peu d'exercice en plein air, jamais poussé jusqu'à la fatigue; l'éloignement de tout regret du passé, de toute inquiétude de l'avenir, une douce incurie, telles sont les précautions à l'aide desquelles la vieillesse se prolonge en retardant les infirmités.

Il y a beaucoup à dire sur le régime de chaque profession, du riche, du pauvre, de l'habitant des villes, des champs, des camps, des vaisseaux; mais cela se réduit à appliquer à chaque condition de la vie ce que l'on sait sur l'influence de chaque modificateur, qui prédomine pendant sa durée. Cette application est la pratique elle-même, ou doit former le sujet de traités spéciaux d'un intérêt purement local, et qui n'apprennent rien au médecin instruit des généralités relatives à chaque modificateur.

Le dégoût pour les alimens et le désir des boissons, qu'on observe si souvent dans les maladies, ont certainement été les premières circonstances qui conduisirent à prescrire la diète et d'abondantes boissons aux malades. Ensuite, on observa que plusieurs d'entre eux, n'obéissant pas à cette impulsion naturelle, ou ne l'ayant pas éprouvée, et s'étant nourris comme à l'ordinaire, virent agraver leur mal; l'utilité de la diète parut dès lors démontrée. On vit aussi que certains malades appétaient tel aliment, telle boisson plus tôt que tels autres, et l'on en conclut qu'il y avait un choix à faire sous ce rapport dans ce qu'on leur accordait, voyant que la satisfaction de leur désir était tantôt avantageuse, tantôt sujette à inconvénient. Ces premières données de l'observation se sont propagées jusqu'à nos jours, plus ou moins confirmées par l'expérience subséquente de divers peuples dans différens pays, en subissant pourtant certaines modifications. Ainsi, quoique l'utilité de la diète dans les maladies aiguës soit universellement reconnue, on se conforme avec plus ou moins de sévérité à ce précepte, selon les habitudes et les goûts nationaux. Ainsi, en Angleterre et en Allemagne, souvent en Espagne, on accorde des alimens, des boissons réellement nutritives dans des cas où, surtout à présent, en France, nous recommandons la diète absolue. A plusieurs époques de l'histoire de l'art, quelques médecins ont

cherché à faire sentir les avantages de l'abstinence la plus sévère dans les maladies; jamais peut-être on n'a été aussi loin que maintenant on le fait parmi nous. Mais si jadis on recommandait la diète, c'était d'après des motifs assez vagues, quoique d'ailleurs le précepte fût judicieux et utile. On craignait, en accordant des alimens, d'agraver le mal, de procurer une indigestion, de nourrir la fièvre. On sait aujourd'hui que l'avantage de la diète consiste, d'une part, dans la soustraction de stimulans susceptibles d'activer l'énergie organique, et dans le repos accordé aux organes digestifs; on sait que les alimens introduits dans l'estomac d'un malade tendent à augmenter l'irritation de ce viscère quand elle a lieu, à la provoquer quand elle n'existe pas. L'estomac, n'étant plus stimulé, agit moins fortement sur le cœur et le cerveau, ce qui permet à ces organes de revenir à leur action normale, pour peu que les autres circonstances concourent à leur rétablissement.

A l'article DIÈTE, nous sommes entrés dans quelques détails sur ses effets et sur les cas où elle est indiquée, et, à l'occasion de chaque maladie, nous avons dit ce qu'on peut attendre de ce moyen. Nous ajouterons ici qu'il y a infiniment plus d'avantage à insister sur une diète, même très-sévère, qu'à s'en départir prématurément; qu'on ne doit point permettre d'alimens aussi long-temps que le malade lui-même n'en demande point, et qu'on ne doit lui en accorder que lorsqu'il en demande depuis au moins un ou plusieurs jours, toutes les autres circonstances permettant d'ailleurs cette concession.

Dès qu'on permet des alimens, il importe beaucoup de ne point les accorder tous indifféremment; il faut toujours débuter par les décoctions végétales pannées, le lait, les soupes maigres, puis les bouillons gras, ensuite les légumes, les viandes blanches, légères, bouillies, puis rôties, enfin le bœuf bouilli, puis le mouton rôti. Pour peu que la peau redevienne chaude, que le poux s'accélère, que la toux reparaisse, que la constipation ou les nausées recommencent, il faut revenir à la diète, ou tout au moins au régime végétal ou lacté.

On a certainement attaché trop d'importance au choix de certains alimens plutôt que de tel autre; il suffit d'indiquer le genre de ceux qui conviennent, et de les varier autant qu'il est possible, pour satisfaire le goût du sujet sans cesser de remplir l'indication.

Dès qu'on leur accorde la soupe, les malades sont dans l'usage de demander du vin, et le médecin cède trop souvent à ce désir inconsidéré. Le malade, bientôt surexcité par ce stimulant, retombe au lieu de reprendre des forces ou bien demeure dans un état de malaise, de faiblesse, de chaleur à la peau, et souvent d'inappétence avec enduit de la langue et

soif. On évite ces inconvéniens, et nous dirons même ce danger, en n'accordant du vin que lorsqu'il ne reste aucune trace de maladie, ou plutôt d'irritation.

En vain on dirait qu'il est des maladies aiguës dans lesquelles il faut nourrir et fortifier par des boissons. Les seules dans lesquelles il soit permis de donner des boissons, des infusions, des décoctions légèrement nutritives, et même quelques végétaux étuvés, sont les maladies rémittentes prolongées.

Au reste, on permet et l'on défend plus ou moins : 1° sous le rapport de la quantité, en raison du degré de l'irritation; 2° sous le rapport de la qualité, en raison de l'état de l'estomac.

Dans toutes les maladies aiguës avec irritation, il faut prescrire la diète, et l'on ne doit donner des alimens qu'après la disparition de tous les symptômes graves; dans toutes celles où l'estomac est irrité, la diète doit être et plus complète et plus prolongée, et l'on ne doit accorder des alimens que lorsque l'irritation gastrique ou intestinale a cessé, alors même que, depuis quelque temps déjà, l'irritation primitive d'un autre organe avait cessé.

La nourriture animale et les boissons fermentées les plus légères augmentent toutes l'irritation, l'inflammation, quand bien même l'état pathologique ne gît pas dans l'estomac, et lorsqu'il y a son siége, il y a un véritable danger à la prescrire, et ce danger peut aller jusqu'à compromettre la vie des sujets. Même dans la convalescence, les alimens et les boissons de ce genre sont très-nuisibles; plus d'une fois, nous les avons vus produire la mort la plus prompte et la plus inattendue.

Dans les maladies chroniques, le régime alimentaire doit être dirigé d'après les mêmes principes, avec les différences qui découlent de la longueur du mal et de la nécessité absolue de nourrir, si peu que ce soit, le malade. Il paraît ridicule de dire et pourtant il est probable que plusieurs maladies de l'estomac, des intestins et des poumons seraient curables, s'il était possible de prescrire la diète dans les maladies chroniques avec autant de persévérance qu'on le fait dans les maladies aiguës. C'est peut-être là le plus grand obstacle à la guérison des maladies de long cours. Au reste, dans ces maladies, si le sujet a été mal nourri, il faut lui recommander un choix d'alimens salubres; s'il a été trop nourri, une grande sobriété, un régime voisin de la diète lui sera de la plus grande utilité; si, au contraire, il a eu à supporter des privations sous le rapport alimentaire, des alimens légers, substantiels, en petite quantité, lui sont nécessaires. A l'égard du caractère de la maladie, il convient de choisir un régime approprié; il n'y

en a que de deux espèces : l'un, nutritif, excitant, tonique, composé de viandes, et surtout de viandes noires d'un goût relevé, de farineux, de vin vieux; l'autre, léger, adoucissant, principalement végétal, composé de végétaux verts, de fruits récens, d'œufs, de lait et d'eau pour boisson. C'est à l'état de l'estomac qu'il faut s'en rapporter pour le choix. Il est toujours avantageux de débuter par le régime léger, adoucissant, et de ne passer que successivement au régime nutritif et tonique. Selon la maladie, l'état du malade et son appétence, on fera dominer dans ses alimens, l'eau, le laitage, le sucre, les acides, les végétaux ou la viande, et l'on se réglera, relativement à ce point, sur les effets connus de chacune de ces substances sur l'organisme. Des détails circonstanciés sur ces divers objets nous entraîneraient fort loin sans grande utilité, car ce qu'on a dit sur les alimens est sujet à contestation, et a varié selon les peuples et les temps. On pense qu'à cet égard les médecins s'en rapportent trop souvent à leur goût et à la susceptibilité particulière de leur estomac, tandis que c'est à celui de leur malade qu'ils doivent croire, puisqu'il s'agit de la santé de leur malade et non de la leur propre.

Faut-il nourrir les enfans et les vieillards plus que les adultes dans l'état de maladie; ceux-ci parce qu'ils ont besoin de confortans, afin de ne pas décroître trop vite; ceux-là, afin qu'ils puissent fournir aux frais de leur croissance rapide? On doit répondre hardiment, non, à cette question, car l'estomac de l'enfant est encore plus sensible que celui de l'adulte, la diète et le régime agissent plus utilement sur lui; ce n'est que relativement à la durée de leur mal que la diète doit être moins prolongée, et seulement parce que leurs maladies sont généralement plus courtes. Au reste, les enfans dont l'estomac n'a pas été surexcité par des excès d'alimens et des boissons toniques, refusent la nourriture dès qu'ils sont malades, et se montrent alors plus raisonnables que les adultes. Il n'en est pas de même des vieillards, qui, redoutant pardessus tout de voir augmenter leur faiblesse, exigent des alimens de peur de mourir; on a beaucoup de peine à leur faire supporter la diète, alors même qu'elle est le plus nécessaire; la privation du vin leur paraît insupportable. En général, le régime a moins d'empire sur eux que sur les adultes, et bien moins encore que sur les enfans.

Il serait de la plus haute importance d'étudier quels sont les résultats de l'alimentation très-prolongée avec une seule substance; peut-être parviendrait-on ainsi à guérir bien des maladies chroniques; mais, pour cela, il ne faudrait pas, comme on l'a fait si long-temps, se fonder sur des hypothèses,

et dire telle maladie est alcaline, donc le régime acidule convient pour la guérir. Tels sont pourtant encore les frêles fondemens de la bromatolagie de nos jours.

Le médecin doit s'habituer, par l'observation, à distinguer la faim qu'on peut appeler *fausse*, de la *vraie* faim. Tel malade dit qu'il a faim, parce qu'il croit que sans manger on ne peut pas vivre; tel autre demande à manger, parce qu'il éprouve à l'épigastre une douleur qu'il prend pour les tiraillemens de la faim; tel autre espère que la nourriture le soulagera ou même le guérira; il en est qui demandent à manger par désœuvrement, par ennui.

On a dit que, dans la direction du régime, il fallait avoir égard à la saison, au climat, au sexe, aux habitudes, au tempérament : cela est vrai, mais il faut surtout avoir égard : 1° à l'organe lésé; 2° à la personne malade. Il faut, dans la conduite du régime comme dans la prescription des médicamens, se faire rendre compte du régime habituel du malade, lui permettre de continuer l'usage de tout ce qui ne peut lui nuire, lui refuser avec fermeté ce qui peut lui être nuisible, examiner les effets de ce qu'on lui prescrit, et se diriger *à juvantibus et lædentibus*, comme dans la partie *médicamenteuse* et *instrumentale* de la médecine.

De l'exercice. Tous les exercices du corps sont utiles pris avec modération; chaque organe devant agir à son tour, et concurremment avec les autres, rien n'est plus nuisible que l'inaction à laquelle on condamne trop souvent l'appareil locomoteur. Cet appareil ne se compose pas seulement des muscles et des os, mais encore des nerfs qui se rendent aux muscles, et de la partie de la moelle épinière et de l'encéphale, qui concourent à la production du mouvement musculaire. A la suite d'un exercice violent de la pensée, d'une vive émotion de l'âme, et par conséquent de la surexcitation d'une partie de l'encéphale, après le repos que ces deux états nécessitent, rien n'est plus salutaire que l'exercice modéré des membres pour en effacer les dernières traces.

Dans les maladies aiguës, il faut du repos; le séjour au lit est généralement utile, mais toutes les fois que les sujets se trouvent bien étant assis, il faut les placer dans cette situation, en évitant d'ailleurs qu'ils y restent assez long-temps pour se fatiguer, en évitant aussi qu'ils ne se refroidissent.

Dans les maladies chroniques, l'exercice est généralement utile, mais les sujets ne pouvant pas toujours le prendre à pied, il faut qu'ils aillent en litière, en voiture, parfois à cheval; des voyages en bateau sur une rivière dont les bords offriraient un aspect riant, d'ailleurs avec toutes les autres précautions indiquées, seraient d'une grande utilité. Les voyages

en voiture offrent généralement de grands inconvéniens à cause de la différence des nourritures, de la chaleur, de la poussière, de la fatigue qui en sont inséparables, excepté pour les personnes assez riches pour voyager avec toutes les aisances possibles. On conçoit que l'avantage des voyages se compose de ceux du changement successif d'air, de localités, de la succession de sensations, de sentimens, de l'éloignement de toute affaire, de toute occupation.

Jamais l'exercice ne doit être porté jusqu'à la fatigue, excepté quand il s'agit de provoquer un sommeil profond chez un sujet adonné à la masturbation.

Du travail intellectuel. Poussé à l'extrême, c'est le plus redoutable ennemi de la santé; il n'est pas de maladie qui ne puisse être l'effet d'un travail opiniâtre de l'esprit, et comme malheureusement personne n'est maître d'avoir telle ou telle pensée, et de diriger exclusivement ses pensées dans telle ou telle direction, on peut difficilement, comme on le fait pour tant d'autres choses, convertir cette cause de maladie en moyen de guérison. En vain on répète qu'il faut s'occuper du moral des malades, et notamment des fous; il est bien rare que les plus beaux préceptes en ce genre soient féconds en heureux résultats. Il faut sans doute que le médecin recommande de ne pas trop penser ou de ne point penser à tel objet, de méditer sur tel autre; mais pour que son désir fût rempli, il faudrait qu'il pût changer les circonstances qui ont amené ce sujet à abuser de ses facultés intellectuelles, qui l'obligent encore chaque jour à leur faire subir un exercice violent, ou bien à les maintenir dirigé dans un certain sens.

Des affections morales. Le médecin n'a pas plus d'influence, et par les mêmes raisons, sur les affections de ses malades; comment pourrait-il changer la tristesse en joie, le chagrin en gaieté, l'irascibilité en patience, et l'amour en indifférence? Il ne peut que conseiller au malade de s'arracher, par l'absence ou par le travail corporel, à ces émotions ennemies de la santé; il ne peut que prescrire, dans quelques cas, l'éloignement du malade, contre la volonté même de celui-ci, quand la raison est aliénée. Mais avec quelle circonspection il doit user de ce moyen!

Le médecin n'a véritablement d'empire sur le malade que relativement à l'issue de la maladie; il ne lui est accordé que de calmer les inquiétudes qu'elle fait naître dans l'âme de son malade; mais, pour cela, il faut qu'il lui inspire une parfaite confiance, qu'il l'aborde avec un air ouvert, qu'il lui parle avec le ton de la persuasion, en un mot, qu'il recoure à tous les innocens mensonges qui peuvent donner au malade l'espoir d'une guérison certaine. Combien est estimable le médecin

qui ne porte pas, dans le commerce de la vie, la duplicité dont il est de son devoir d'user envers l'homme souffrant !

On a quelquefois obtenu des succès en excitant la surprise, la frayeur, la terreur même; mais il faut user sobrement de pareils moyens, et rien n'est plus absurde que l'idée d'Aubry qui veut que, dans certains cas, on fasse naître dans l'âme du malade l'idée qu'il va mourir, pour arrêter, par exemple, une métrorragie.

Des plaisirs des sens. C'est ici surtout que la nature a placé la santé à côté de l'usage, et la maladie à côté de l'abus. A cela, se réduit tout ce qu'on a dit sur ce point. Quant aux plaisirs qui résultent de la conjonction des organes sexuels, c'est une double source de maladie quand on en abuse; car, outre la surexcitation du système nerveux, il y a les maux qu'entraîne le contact mutuel d'une surface surexcitée avec une surface enflammée. Les plaisirs sexuels doivent pourtant être quelquefois prescrits, c'est lorsqu'il se manifeste des phénomènes morbides par excès de continence.

De l'air. Faire changer un malade de pays, c'est le faire changer d'air. Cette mutation est parfois avantageuse, mais ce n'est que lorsque les organes n'ont pas subi une altération profonde. On n'a pas cette ressource dans les maladies aiguës; il serait pourtant utile de pouvoir à volonté modifier les conditions atmosphériques, c'est-à-dire, rafraîchir l'air et l'humidifier aussi aisément qu'on l'échauffe et qu'on le sèche. Il ne faut rien négliger de ce qui peut rapprocher de ce but désirable, en choisissant le pays, la situation, la direction des ouvertures de l'habitation, les plus favorables au but qu'on se propose.

Un moyen assuré pour que l'air concoure au rétablissement du malade, c'est de le maintenir dans une température moyenne, de le renouveler souvent, et de conserver le malade dans un état de propreté parfaite.

La propreté consiste à laver le corps, et notamment les parties salies par les excrémens et l'urine, à le changer souvent de linge (celui-ci doit être sec et chaud), à éloigner promptement les vases de nuit, les chaises percées, du lit et de la chambre du malade.

En général, on craint trop de changer le linge des malades dans les maisons particulières, et on prend trop peu de précautions en le faisant dans les hôpitaux.

La diète, le repos, la propreté, un air convenable sont les plus puissans moyens de guérison dans les maladies aiguës; sans eux, tous les autres sont inutiles. Un régime assorti et ténu, un exercice modéré, la propreté, un air salubre sont les conditions les plus favorables à la guérison des maladies chroniques.

RÉGLISSE, s. f., *glycyrrhiza;* genre de plantes de la diadelphie décandrie, L., et de la famille des légumineuses, J., qui a pour caractères : calice persistant, tubuleux, bilabié, à lèvre supérieure divisée en trois parties, dont celle du centre est plus large et subdivisée en deux segmens, à lèvre inférieure simple; gousse un peu aplatie, lisse ou hérissée, renfermant trois à six semences.

Chacun connaît la *réglisse officinale*, *glycyrrhiza glabra*, qui croît naturellement dans le midi de la France et l'Italie, où on la cultive à cause de ses racines, seule partie dont on fasse usage. Ces racines sont traçantes, fort longues, cylindriques, de la grosseur du doigt, roussâtres à l'extérieur, jaunes intérieurement, et un peu succulentes. Leur saveur est douce et mucilagineuse; cependant, lorsque l'on continue de les mâcher pendant quelques temps, elles finissent par produire une légère sensation d'amertume. L'analyse y démontre l'existence d'un principe particulier, appelé *saccho-gommite* par Desvaux, et *glycyrrhizine* par d'autres. Ce principe est solide, incristallisable, d'un jaune sale, d'une saveur sucrée, peu soluble dans l'eau froide, soluble dans l'eau bouillante, d'où il se précipite ensuite sous forme gélatineuse, et soluble dans l'alcool; traité par l'acide nitrique, il ne donne aucun des produits du sucre, mais bien une matière résinoïde. L'agedoïte l'accompagne dans la racine de réglisse, dont il est le principe sucré suivant les recherches de Robiquet.

La racine de réglisse, bouillie dans l'eau, fournit une boisson mucilagineuse légèrement sucrée, qui convient dans tous les cas où il est nécessaire d'administrer des adoucissans. On l'emploie généralement pour édulcorer les tisanes. On en prépare, en Espagne surtout, un extrait qui s'obtient en faisant bouillir les racines sèches dans l'eau, puis épaissir la décoction d'abord sur le feu, ensuite au soleil, jusqu'à ce qu'elle soit presque desséchée. Tel qu'on le trouve dans le commerce, cet extrait est en cylindres longs de six pouces, épais d'un environ, et enveloppés de feuilles de laurier. Sa saveur est douce, quoique mêlée d'une légère amertume. On l'estime peu; d'un côté, parce qu'il est toujours plus ou moins brûlé; de l'autre, parce qu'il contient assez fréquemment des parcelles de cuivre détachées des chaudières par le frottement des spatules de fer avec lesquelles on le remue avec force; aussi les pharmaciens lui font-ils subir une nouvelle préparation avant de le débiter; ils le dissolvent dans de l'eau distillée, filtrent la liqueur pour la débarrasser de tous les corps étrangers qui y sont suspendus, et la font évaporer au bain-marie; quand elle est assez épaisse, ils l'aromatisent avec l'huile essentielle d'anis; et coulant la masse sur une table de marbre huilée, l'étendent, au moyen

d'un rouleau, en une plaque mince qu'ils coupent par petits morceaux dès qu'elle a pris assez de consistance. Ainsi purifié, le suc de réglisse est un moyen populaire dans les inflammations catarrhales, et s'il n'est pas d'une grande utilité, au moins a-t-il l'avantage de ne jamais nuire.

Les pharmaciens préparent aussi une pâte de réglisse qui sert aux mêmes usages que le suc purifié, et qui est plus agréable. Cette pâte se fait avec l'infusion des racines de la plante, la gomme arabique et le sucre.

Ils se servent également de la poudre de réglisse pour rouler les pilules.

REIN, s. m., *ren;* nom donné aux organes sécréteurs de l'urine, grosses glandes, généralement au nombre de deux, qui sont situées à une grande profondeur dans la cavité du bas-ventre.

Les reins, disposés l'un à droite, et l'autre à gauche, ne sont point liés ensemble, dans l'état normal, par continuité de substance, et ne constituent un seul et unique système qu'au moyen de la vessie qui leur sert d'aboutissant commun. Ils occupent la région des lombes, sur les parties latérales de la colonne épinière, entre les deux dernières vertèbres dorsales et les deux premières lombaires, derrière le péritoine. Une grande quantité d'un tissu cellulaire chargé de graisse les unit aux parties voisines.

Chacun d'eux représente assez exactement la forme d'un haricot, c'est-à-dire, qu'ils sont oblongs, aplatis, arrondis dans leur contour, et échancrés sur l'un de leurs bords. Les deux faces de ces organes sont lisses; l'antérieure est séparée du péritoine par du tissu cellulaire; la postérieure correspond à la portion du diaphragme appliquée sur les deux dernières côtes, au muscle carré des lombes, et au feuillet antérieur de l'aponévrose du muscle transverse; le bord externe, plus long que l'autre, est épais, convexe et arrondi; il se dirige en dehors et en arrière, et se trouve en rapport, sans l'intermède de la membrane péritonéale, avec le diaphragme et les muscles des parois du bas-ventre. L'interne, également convexe à ses deux parties supérieure et inférieure, présente, dans son milieu, un enfoncement considérable, dont les côtés sont inégaux, épais et irréguliers, et que l'on désigne sous le nom de *scissure rénale*. En cet endroit, l'organe est partagé, dans l'étendue d'un demi-pouce à peu près, en deux moitiés, l'une antérieure, l'autre postérieure, entre lesquelles passent les vaisseaux rénaux et le canal excréteur de la glande. L'extrémité supérieure est grosse, arrondie, et surmontée par la capsule surrénale; l'inférieure, plus mince, se dirige vers la crête iliaque.

La disposition des vaisseaux qui aboutissent à la scissure est

telle, que le tronc veineux se trouve placé en devant, que l'artère vient ensuite, et qu'on voit enfin plus en arrière le commencement de l'uretère. Les branches de la veine et de l'artère s'entrecroisent. Quand ces trois vaisseaux sont parvenus à la scissure, ils se partagent, tout près du bord interne de l'organe, en trois branches principales qui ne tardent pas à se ramifier elles-mêmes; les sanguins se divisent ensuite en deux séries, l'une antérieure, l'autre postérieure, qui reçoivent entre elles les branches du bassinet. Tous ces vaisseaux ne sont unis ensemble que par un tissu cellulaire très-lâche et par de la graisse.

Les rapports, la situation et le volume ne sont pas exactement les mêmes pour les deux reins dans l'état ordinaire; celui du côté droit est généralement situé un peu plus bas. Cependant cette disposition n'est pas constante, puisqu'on trouve quelquefois les deux reins à la même hauteur, et qu'il arrive même, chez certains individus, que le droit est plus relevé que le gauche. Ce dernier se trouve placé entre la rate et la courbure iliaque du colon; l'autre correspond en bas au cœcum, en haut au foie, en devant à une partie du duodénum et du colon, et quelquefois à l'extrémité du pancréas.

En général, les deux reins sont égaux en volume; mais ils varient beaucoup sous ce point de vue, sans que le côté du corps exerce la moindre influence sur cette différence de grandeur relative, quoique les anciens aient prétendu, mais à tort, que la glande droite est toujours plus grosse que la gauche; d'ailleurs, le volume proportionnel de ces organes n'est pas constamment le même à beaucoup près. On remarque généralement qu'ils sont d'autant plus gros que l'embryon se rapproche davantage du moment de sa formation; cependant ils présentent, même sous ce rapport, des différences individuelles qui ne dépendent pas de l'âge des sujets, et qui paraissent coïncider avec le volume et l'énergie d'autres organes excréteurs.

Chaque rein a ordinairement quatre pouces environ de long sur deux de large chez l'adulte; son épaisseur est d'un pouce à la partie interne, et moindre en dehors. Il pèse de trois à quatre onces.

La couleur de ces organes est rougeâtre; en général, leur consistance surpasse de beaucoup celle des autres glandes; ils sont plus fermes, plus solides et moins faciles à déchirer que ces dernières.

Indépendamment de sa capsule celluleuse, chaque rein possède une capsule propre qui l'enveloppe étroitement. C'est une membrane blanchâtre, rugueuse sur ses deux faces, qui, par sa grande solidité, se rapproche des membranes fibreuses, quoiqu'elle n'ait pas une texture sensiblement fibreuse. Elle revêt

la glande de toutes parts, et n'offre qu'une ouverture, correspondante à la scissure, par laquelle passent les vaisseaux sanguins et le canal excréteur; sur tous les autres points, elle adhère d'une manière intime à la surface de l'organe.

Les reins sont composés de deux substances très-différentes, qu'on appelle l'une *corticale* ou *glanduleuse*, l'autre *médullaire*, *tubuleuse* ou *fibreuse*.

La substance corticale forme la partie extérieure et colorée du rein, et s'étend en outre jusqu'à la face interne de cet organe par plusieurs prolongemens arqués, entre lesquels se trouve disposée l'autre substance, de manière qu'elle représente, en quelque sorte, une collection de cavités unies par une base commune, et dont les culs-de-sac sont tournés en dehors. Son épaisseur s'élève à deux ou trois lignes environ. Sa couleur est plus rouge que celle de la substance tubuleuse, mais elle a une consistance bien moins considérable; elle se compose principalement de vaisseaux sanguins et de corpuscules glanduliformes, qui sont les origines des conduits urinifères. C'est dans cette substance que s'effectue la sécrétion de l'urine.

La substance tubuleuse, renfermée dans la précédente, se compose d'un certain nombre de corps arrondis, coniques ou pyramidaux, qu'on appelle *pyramides de Malpighi*. Ces corps ont leur base tournée en dehors, tandis que leur sommet émoussé correspond en dedans. A l'exception de la partie la plus interne, qui n'a que quelques lignes de hauteur et de largeur, et qui constitue ce que l'on nomme les papilles ou les mamelons du rein, cette substance est entièrement enveloppée par la corticale. Le sommet des papilles est ordinairement garni d'un enfoncement plus ou moins considérable, qui n'existe toutefois pas d'une manière constante, et il offre un nombre plus ou moins grand d'ouvertures arrondies, qui, bien qu'assez petites, sont cependant faciles à apercevoir sans le secours d'aucun verre grossissant. Les papilles garnies d'une dépression ne présentent d'ouvertures que dans cette fossette, tandis que, quand elles se terminent en pointe, les ouvertures sont disposées aussi tout autour du sommet; leur extrémité libre est revêtue d'une enveloppe grossière qui se continue avec la membrane interne du bassinet.

Ces papilles sont remarquables par leur rougeur; leur nombre varie depuis sept jusqu'à vingt. Elles se trouvent réparties en trois séries, toutes dirigées de haut en bas, une moyenne, une antérieure et une postérieure. Celles de la série interne sont tournées en dedans, vers la ligne médiane du corps; celles de l'antérieure se dirigent en arrière, et celles de la postérieure regardent en avant; les supérieures se portent en bas dans toutes

les directions; il arrive à plusieurs d'entre elles d'être tout à fait distinctes à leur base, mais de se confondre ensemble à leur sommet.

Leur substance tubuleuse, moins rouge que la corticale, est composée de vaisseaux sanguins, mais principalement de conduits urinifères droits, qui aboutissent aux ouvertures des papilles. C'est à sa faveur que s'opère l'excrétion de l'urine; car lorsqu'on vient à la comprimer, on voit le liquide s'échapper des conduits excréteurs qui la constituent presque en totalité, et sortir par les trous dont le sommet des mamelons est percé.

En dernière analyse, chaque rein est formé d'environ quinze lobules, et chacun de ces segmens se compose à son tour des deux substances corticale et tubuleuse, mais de telle sorte, que les enveloppes corticales se continuent toutes les unes avec les autres.

A ces données fournies par l'analyse en quelque sorte mécanique, ou plutôt par les seules apparences extérieures, on doit ajouter les suivantes, auxquelles on arrive à l'aide de la macération, des injections et des observations microscopiques.

La surface de la substance corticale n'est pas lisse; elle paraît formée d'une multitude de segmens irrégulièrement arrondis, quadrangulaires, pentagones et hexagones, serrés les uns contre les autres, qui n'ont pas tout à fait une demi-ligne de diamètre. Ces segmens sont bornés par de petits vaisseaux, dont les ramifications pénètrent dans leur intérieur; de là résulte qu'ils ont une couleur moins foncée que celle de leurs bords, lesquels sont formés par ces vaisseaux; en outre, on découvre partout, dans la substance corticale, des corpuscules arrondis, visibles à l'œil nu, et qui paraissent alors sous la forme de très-petits points. Ces corpuscules tiennent aux ramifications les plus déliées des vaisseaux sanguins, notamment des artères, de sorte que, conjointement avec elles, ils représentent en quelque sorte une grappe de raisin. Divers anatomistes, tels que Malpighi, Bertin, et, dans ces derniers temps, Schumlansky, les considèrent comme autant d'organes particuliers, distincts des vaisseaux qui y aboutissent, comme de véritables glandes, ou comme de petites bourses, sur les parois desquelles ces derniers s'épanouissent; d'autres, dans le nombre desquels on distingue surtout Ruysch, ne veulent voir en eux que des paquets, des espèces de faisceaux vasculaires. On parvient à concilier ces deux opinions, comme l'a fait Meckel, en admettant, ce qui paraît le plus vraisemblable, qu'ils sont formés par les extrémités les plus déliées des artères et par les racines des conduits excréteurs, unies ensemble au moyen du tissu cellulaire, et qu'ils ne sont point creux. Du reste, on ne peut

douter que la formation de l'urine n'ait lieu, du moins en grande partie, dans ces corpuscules. Ils semblent ne point avoir de capsule propre, et sont formés, du moins le plus ordinairement, par un seul ramuscule artériel. On ne les voit pas communiquer d'une manière distincte avec les veines, quoique le passage des artères à ces dernières soit très-facile à apercevoir.

Outre ces corpuscules glanduliformes, les ramifications vasculaires qui y aboutissent, et un tissu cellulaire mou et blanchâtre par lequel toutes ces parties sont unies, la substance corticale des reins renferme encore de petits canaux blancs et très-flexueux, en immense quantité, auxquels on donne le nom de *conduits de Ferrein*. Ces canaux s'anastomosent fréquemment ensemble, marchent ordinairement isolés, se réunissent quelquefois par paires, et circonscrivent de petits espaces d'une forme diversifiée à l'infini. Ils entrent pour une part considérable dans la composition de la substance corticale, et tout porte à croire qu'on doit les considérer comme les conduits excréteurs des corpuscules dont il a été parlé précédemment. Ces conduits, flexueux dans la substance corticale, deviennent droits dans la tubuleuse. Leur changement de direction commence à s'opérer assez haut, à quelque distance de la surface du rein, d'où il suit que les prolongemens cylindriques des deux substances se pénètrent réciproquement sur un grand nombre de points. Ils sont simples, et conservent toujours le même diamètre dans la substance corticale; mais, une fois parvenus dans la tubuleuse, ils se réunissent peu à peu, sous des angles aigus par le bas, en plusieurs troncs qui, pour la plupart, ne les surpassent pas de beaucoup en volume, et marchent les uns à côté des autres vers le sommet des mamelons; mais, suivant quelques anatomistes, Ferrein et Eysenhardt en particulier, ils ne s'étendent pas jusqu'aux ouvertures dont ces mamelons sont percés, et cessent avant d'être arrivés jusque là. Les mêmes écrivains ajoutent que les ouvertures des mamelons conduisent seulement dans de petits culs-de-sac, profonds d'une ligne ou deux à peu près, qui sont, comme eux, beaucoup plus larges que les canaux en question, et dont le nombre, qui, suivant Ferrein, s'élève à vingt environ dans chaque papille, est moins considérable que celui de ces derniers. Cependant Meckel est parvenu quelquefois à voir très-distinctement des canaux qui parcouraient toute la hauteur des papilles rénales, de manière qu'il admet une continuité immédiate entre les conduits urinifères et les ouvertures des éminences papillaires. Il est d'autant plus porté à partager cette opinion, qu'on parvient très-aisément à passer de l'air dans les conduits par les papilles, que, chez les grands animaux, l'injection passe même de l'artère dans la papille tout entière, et qu'on

exprime de l'urine en comprimant la substance corticale.

Chaque lobule ou segment des reins se trouve donc composé de plusieurs amas de canaux, d'abord flexueux, puis droits, très-serrés les uns contre les autres, qui, ayant leur base tournée en haut et leur sommet en bas, représentent la forme du tout, et sont seulement plus alongés. La partie droite de ces canaux, celle qui est concentrée dans la substance tubuleuse, était connue depuis long-temps, puisque Béranger de Carpi en a déjà fait mention; mais c'est Bellini qui en a donné la description la plus exacte: aussi porte-t-elle son nom à juste titre. Jusqu'à Ferrein, on a pensé que ces canaux, qu'on aperçoit sans avoir recours à aucun instrument d'optique, étaient simples; mais il résulte des recherches de cet anatomiste, confirmées depuis par celles de Schumlansky, que chacun d'eux représente un faisceau de plusieurs centaines de conduits, auquel on donne le nom de pyramide de Ferrein. Chaque canal flexueux a environ un soixantième de ligne de diamètre. La longueur de tous ces conduits, pris ensemble, s'élève à plus de soixante mille pieds, d'après les calculs de Ferrein. Il y a, dans chaque lobule, sept cents pyramides au moins, de manière que, comme chaque rein est composé de quinze lobules, le nombre total des pyramides s'élève à environ dix mille. D'après les observations d'Eysenhardt, chacun des canaux des pyramides de Ferrein est composé lui-même d'à peu près vingt conduits plus petits; mais, comme le fait judicieusement observer Meckel, on ne peut douter qu'il n'y ait beaucoup d'arbitraire et d'inexactitude dans toutes ces assertions.

La distribution des vaisseaux sanguins dans le rein présente des particularités qui méritent d'être signalées. Les deux séries de leurs ramifications, après s'être comportées dans la scissure de l'organe de la manière qui a été décrite précédemment, s'enfoncent dans sa substance à la hauteur de la base des papilles rénales, et se dirigent de bas en haut dans les prolongemens que la substance corticale envoie en dedans. Leurs branches décrivent des arcades tournées l'une vers l'autre qu'entourent principalement les bases des pyramides de Ferrein, ou des divers segmens de la substance interne. Ces arcades ne communiquent ensemble ni par de grandes, ni par de nombreuses anastomoses. Quoiqu'elles suivent les divisions de la substance médullaire, elles ne se répandent point dans son intérieur, mais se distribuent presque exclusivement dans la substance corticale, d'abord dans les segmens situés entre les papilles, puis dans la couche extérieure du rein. De la convexité des plus grandes partent un nombre considérable de petites branches disposées en rayonnant, qui entourent la base de chaque lobule,

et se ramifient de plus en plus pour donner enfin naissance aux corpuscules glanduliformes. Beaucoup de ces branches pénètrent jusqu'à la face extérieure du rein; les autres ne s'étendent pas aussi loin. Les artères et les veines s'accompagnent fidèlement les unes les autres. Cependant, quoiqu'on ait reconnu la communication immédiate qui existe entre ces deux ordres de vaisseaux, et qu'il est très-facile d'apercevoir, on n'a pu, du moins jusqu'à présent, en découvrir aucune entre les ramifications veineuses les plus déliées et les corpuscules glanduliformes, tandis que ces derniers adhérent, d'une manière intime, aux ramifications artérielles. Il naît aussi des reins une quantité considérable de lymphatiques qui n'offrent rien de particulier sous le rapport de la direction des valvules.

Quant aux nerfs de ces glandes, qui sont très-petits, proportion gardée, et qui se collent à la surface des artères, ils ne pénètrent pas à une grande profondeur dans la substance de l'organe.

On est dans l'usage de décrire avec le rein le commencement de son canal excréteur. Ce conduit débute, à la scissure de l'organe, par plusieurs petits tubes membraneux et arrondis, appelés *calices* ou *entonnoirs* qui embrassent les mamelons, et se terminent tout d'un coup à la base de ces derniers, ou plutôt s'amincissent rapidement beaucoup, et se continuent avec leur membrane externe. On compte en général autant de calices que de mamelons. Cette disposition n'est cependant pas constante, car il arrive quelquefois qu'un calice, partagé seulement en deux compartimens par une légère saillie, embrasse deux mamelons très-rapprochés l'un de l'autre. Ceux qui sont simples se rétrécissent, la plupart du temps, en deux gros troncs, l'un supérieur, l'autre inférieur, dont le premier est communément plus volumineux, et composé lui-même de deux rameaux. Ces deux troncs sont unis ensemble par un canal intermédiaire plus étroit, qui descend dans le sens de la longueur. Tous les calices aboutissent dans une petite poche ou cavité membraneuse, appelée *bassinet*, qui se termine peu à peu en pointe de haut en bas, et se trouve déjà réduit, à la hauteur de l'extrémité inférieure de la scissure du rein, au calibre de l'URETÈRE, avec lequel il se continue d'une manière immédiate.

Les reins sont les organes sécréteurs de l'urine; personne n'en doute aujourd'hui, mais on a souvent agité, et l'on agite même encore la question de savoir si les matériaux de cette sécrétion leur sont apportés uniquement par les artères, ou s'ils parviennent à s'y introduire par d'autres voies plus courtes.

Les partisans de cette dernière opinion se fondent sur la sympathie très-active qui existe entre l'estomac et la vessie, sur

la rapidité avec laquelle les boissons, l'eau froide surtout, sont expulsées par les urines, sur la grande quantité de liquide que l'économie élimine en peu de temps par cette voie, soit que les fluides aient été injectés dans la cavité du bas-ventre, soit qu'on les ait introduits dans le canal intestinal; sur ce que diverses substances passent dans l'urine sans avoir éprouvé aucun changement; sur ce qu'on trouve dans l'urine ou dans les vaisseaux lymphatiques situés entre le mésentère et l'appareil urinaire, soit des substances introduites dans l'estomac, soit d'autres matériaux engendrés même dans le corps, comme le sucre des diabétiques, quoique le sang n'en renferme aucune trace. Ils allèguent aussi la présence dans la vessie de corps solides introduits dans l'économie par la voie de la déglutition ou de toute autre manière; ils invoquent enfin la présence de l'urine dans ce réservoir, quoique les reins eussent été détruits, que les uretères eussent été liés, que les reins n'existassent même point, ou qu'il n'y eût au moins pas de communication entre eux et les uretères; d'ailleurs, ils ne s'accordent pas sur les explications qu'ils donnent de la manière dont les substances contenues dans l'urine peuvent arriver à l'appareil uropoiétique sans passer par le système vasculaire. Les uns n'admettent pas de voies visibles; ils font dépendre le phénomène d'une simple transsudation qui a lieu, suivant eux, des parties voisines, notamment du canal intestinal, dans la vessie par l'intermédiaire du tissu cellulaire; d'autres supposent un mouvement rétrograde dans les vaisseaux lymphatiques et l'appareil urinaire, et allèguent même en leur faveur des cas dans lesquels on aurait trouvé les valvules de ces vaisseaux dirigées en sens inverse, et tournées du côté du cœur; d'autres encore croient à l'existence de canaux particuliers situés entre l'estomac et l'appareil urinaire.

Les argumens que les partisans de ces diverses opinions invoquent, et qui ont été rapportés plus haut, ne sont pas tous de la même valeur. Le dernier, entre autres, n'en a aucune absolument, puisqu'il est bien certain qu'on ne trouve réellement aucune parcelle d'urine dans la vessie, lorsque les reins ont été entièrement détruits; que, dans les cas où le réservoir en a offert des traces notables, les glandes n'avaient pas éprouvé une destruction totale, qu'il ne s'amasse jamais d'urine dans la vessie quand, après avoir appliqué une ligature sur les uretères, on a soin de bien vider le réservoir, enfin que les observations, d'après lesquelles on admet la non communication accidentelle des uretères avec les reins, ne sont nullement authentiques. Quant à la sympathie entre l'estomac et l'appareil urinaire, elle ne dépend pas de connexions mécaniques entre les deux organes; et si l'on a quelquefois trouvé

dans la vessie des corps solides qui avaient été introduits par une voie quelconque dans l'économie animale, leur pénétration a été le résultat des voies insolites qu'ils se sont frayées en vertu de la compression exercée par eux; aux autres argumens, on peut répondre que les principes immédiats des substances animales ne se rencontrent pas, du moins tous, dans le sang, et que ceux qui s'y trouvent n'y sont pas exactement semblables à ce qu'on les voit être dans le corps, que ce n'est pas seulement dans l'urine qu'on rencontre des substances produites par l'action organique, qui n'existent pas dans le sang, et qu'on trouve ces mêmes substances dans d'autres parties du corps d'où il n'est nullement prouvé qu'elles passent dans l'appareil urinaire, qu'il serait très-possible que la substance dont on constate la présence dans l'urine eût déjà disparu dans le sang, ou qu'elle fût masquée d'une manière quelconque; qu'on n'a pas cherché ces substances dans le sang artériel, mais dans le sang veineux; enfin que, suivant Magendie, on peut constater l'existence de l'une de ces substances, l'hydrocyanate de potasse, dans l'urine, en quelque proportion qu'elle s'y trouve, tandis qu'après l'avoir mêlée avec le sang, même hors du corps, on ne parvient à l'y reconnaître au moyen des réactifs chimiques, que quand elle y est en grande quantité. D'ailleurs, on a constaté réellement l'existence simultanée de plusieurs substances, de la rhubarbe, par exemple, dans l'urine et dans le sérum du sang. Treviranus assure que ce phénomène ne prouve rien, parce qu'alors le sérum du sang contenait moins de rhubarbe que l'urine; à quoi l'on peut répliquer que le principe colorant se trouvait disséminé dans la masse entière de la sérosité sanguine, et qu'il n'y avait, pour ainsi dire, que l'appareil urinaire qui pût en débarrasser celle-ci.

Quant à la présence de certaines substances dans les vaisseaux lymphatiques, c'est encore un argument sans valeur, car les lymphatiques situés au voisinage du mésentère pourraient avoir puisé ces substances dans l'appareil urinaire, ou leur avoir accidentellement imprimé un mouvement rétrograde contraire à celui que les fluides ont coutume d'y suivre, sans qu'on fût autorisé à conclure de là que les substances étrangères pénètrent toujours par cette voie dans les organes urinaires, ni même qu'en admettant le mouvement rétrograde dont il a été parlé, elles s'y fussent introduites à sa faveur.

A l'égard de la rapidité prétendue avec laquelle les boissons et certaines substances passent dans l'appareil urinaire, elle n'est pas en réalité aussi grande qu'on se l'imagine, et on l'explique d'ailleurs sans peine par le peu d'étendue du trajet que ces substances ont parcouru, même en admettant que le système sanguin est la voie qu'elles suivent. Si l'on rencontre déjà

la rhubarbe dans l'urine au bout de dix-sept minutes, qu'elle disparaisse de ce liquide au bout de quelques heures, qu'elle colore les matières excrémentitielles après un laps de temps de six ou sept heures, et qu'alors on la retrouve de nouveau dans l'urine, ce fait, selon la remarque de Meckel, ne prouve pas que, comme le prétend Treviranus, la rhubarbe qu'on a trouvée en premier lieu soit arrivée à l'appareil urinaire par une voie plus courte que celle qu'on rencontre ensuite. La rhubarbe, qui s'est montrée en premier lieu dans l'urine, a passé, sans contredit, de l'estomac, à la face interne et absorbante duquel elle était offerte sans avoir subi encore de décomposition, dans le système sanguin ; et l'intervalle de dix-sept minutes n'est réellement pas trop court pour qu'elle parvienne de ce dernier à l'appareil urinaire. Peu à peu l'action de cette substance sur la face interne de l'estomac et du canal intestinal détermine la membrane muqueuse de ces organes à fournir une sécrétion plus abondante, qui l'enveloppe de toutes parts, et qui diminue l'absorption. Lorsque cette surexcitation est épuisée, la rhubarbe se trouve absorbée de nouveau. Mais il existe encore une autre cause à laquelle on doit très-probablement attribuer la disparition de cette substance dans l'urine durant un certain laps de temps : c'est que l'action des reins devient moins énergique pendant que celle du canal alimentaire se trouve exaltée.

Quant à ce qui concerne les canaux particuliers dont quelques physiologistes ont admis l'existence entre l'estomac et l'appareil urinaire, cette opinion est facile à combattre. En premier lieu, l'idée suivant laquelle le tissu cellulaire sert de conducteur ou d'intermédiaire, est fort peu probable, attendu, d'un côté, que l'application des phénomènes observés chez les animaux inférieurs à la théorie de ceux qui se passent chez les animaux des classes supérieures, ne conduit jamais qu'à des données fort incertaines ; et, de l'autre, qu'en admettant cette supposition, il deviendrait difficile, pour ne pas dire même impossible, d'expliquer pourquoi le passage s'effectue de préférence par les reins. En second lieu, le mouvement rétrograde dans les vaisseaux lymphatiques est un phénomène que la présence des valvules rend très-peu probable, du moins dans l'état normal. On a prétendu, il est vrai, avoir quelquefois trouvé les valvules disposées en sens inverse de celui qui leur est ordinaire ; mais ce cas ne pourrait être considéré que comme une pure exception, en admettant même qu'il ait jamais eu lieu réellement. D'ailleurs, une disposition pareille ne saurait jamais être générale, attendu qu'alors il ne pourrait pas se faire d'absorption ayant la vessie pour point de départ, et il n'est point non plus démontré que les valvules soient disposées

d'une manière dans certains lymphatiques, et d'une manière inverse dans certains autres ; enfin, l'existence des canaux spéciaux n'a jamais été constatée par des observations authentiques, et les conduits que l'on a regardés comme tels, étaient évidemment des formations accidentelles et morbides; une circonstance s'oppose même encore à ce qu'on les admette, c'est qu'on n'a jamais trouvé entre le canal digestif et les voies urinaires aucune substance qui existât dans les deux appareils sans être contenue dans le système sanguin, et que, quand bien même ce phénomène aurait lieu, on pourrait toujours l'expliquer en disant que les substances trouvées en cet endroit, notamment dans les vaisseaux lymphatiques, y sont venues de l'appareil urinaire.

Ainsi, dans l'état actuel des connaissances anatomiques, on peut soutenir que le système artériel est le seul qui apporte aux reins les matériaux de la sécrétion urinaire.

Les reins présentent des différences assez frappantes dans le cours de la vie sous le rapport de leur volume proportionnel, de leur texture et de leur configuration.

Ils sont d'autant plus volumineux, toutes choses égales d'ailleurs, que le fœtus est moins avancé en âge, et chez l'enfant qui va naître, leur poids est encore un quatre-vingtième environ de celui du corps entier, tandis que, chez l'adulte, il est trois fois moins considérable.

A l'égard de leur texture, la substance tubuleuse y est plus abondante, en proportion de la corticale, dans le fœtus ou du moins dans celui à terme, que chez l'adulte; les faisceaux de conduits urinifères, ou les pyramides de Ferrein, sont plus faciles à séparer les uns des autres, et de même que toutes les parties du corps, composés sensiblement de globules qu'on n'aperçoit plus chez l'adulte; au contraire, les conduits eux-mêmes sont plus difficiles à distinguer.

Sous le rapport de la configuration, les reins sont plus alongés, et le bassinet est plus rapproché de la face antérieure chez le fœtus que chez l'adulte, de manière que la scissure se trouve moins développée. Leur surface n'est point lisse non plus; ils ne forment pas une masse cohérente et homogène, mais sont composés de plusieurs lobes, dont le nombre est d'autant plus considérable, et le volume d'autant moindre, que le fœtus se rapproche davantage du moment de sa formation. Dans le fœtus à terme, les petits lobules, d'abord distincts les uns des autres, sont réunis ensemble de manière à produire les lobes plus volumineux qu'on reconnaît encore chez l'adulte, où ils ont cessé d'être séparés. A cette époque de la vie, en effet, ils ne tiennent les uns aux autres que par un tissu cellulaire très-lâche, de manière qu'on parvient faci-

lement à les isoler, et que leurs bases sont même séparées, à la surface du rein, par des enfoncemens considérables.

Les reins sont sujets à un grand nombre d'anomalies, et il est même peu d'organes dans l'économie animale qui présentent autant de variétés qu'eux dans la figure et la position.

Chez quelques sujets, ces organes sont remarquables par leur petitesse. Il arrive souvent, en pareil cas, lorsque l'anomalie existe d'un seul côté, qu'elle se trouve compensée par le volume plus considérable du rein de l'autre côté; mais cette disposition n'est pas constante.

Dans d'autres cas, au contraire, les reins ont un volume excessif.

Assez souvent on les trouve réunis en un seul. Tantôt alors les deux moitiés de la masse unique qu'ils forment sont situées chacune dans l'endroit où l'on a coutume de la trouver; tantôt il n'existe aucune trace indiquant qu'un rein eût jamais existé dans l'endroit où l'on n'en trouve pas. Le rein unique occupe alors l'emplacement accoutumé, et suit la direction ordinaire. On reconnaît qu'il doit naissance à la réunion des deux, non-seulement parce qu'il est plus volumineux que dans l'état normal, mais encore parce qu'il offre un rétrécissement à sa partie moyenne, et parce qu'il présente aussi des traces de multiplication dans les vaisseaux, les scissures, le bassinet et l'uretère.

Les deux reins, ainsi confondus en un seul, ne se joignent pas toujours de la même manière. En général, ils ne sont unis que par leur partie inférieure, et jusqu'à une hauteur plus ou moins considérable, de manière à représenter une masse demi-circulaire, dont la concavité regarde en haut, et la convexité en bas. Il est plus rare que la réunion s'étende à leur hauteur tout entière, cas dans lequel ils se trouvent convertis en une masse ronde ou carrée.

On a quelquefois rencontré les reins plus alongés qu'à l'ordinaire, ou ayant le bassinet situé sur la face antérieure. Cette anomalie coïncide ordinairement avec l'excès de volume de l'organe; mais on peut aussi l'observer sans qu'il y ait la moindre trace d'hypertrophie.

La structure lobuleuse des reins se conserve parfois, et, dans certains cas même, d'une manière assez prononcée pour qu'il en résulte plusieurs glandes séparées, que divers auteurs ont décrites à tort comme autant de reins distincts.

Ces organes sont assez souvent descendus fort au dessous de leur emplacement ordinaire, au point même qu'on les trouve quelquefois tous deux dans le bassin.

La plupart de ces anomalies sont congéniales; cependant plusieurs d'entre elles se développent aussi dans le cours de

la vie; c'est ce qui a lieu particulièrement pour l'hypertrophie et l'atrophie. En effet, il n'est pas rare que les reins augmentent de volume, quelquefois même à un point énorme, sans changer de texture, ou qu'au contraire ils disparaissent et s'effacent presque entièrement. Dans ce dernier cas, tantôt ils diminuent beaucoup de volume, mais leur substance demeure ferme et solide; tantôt ils conservent leur volume, ou même en acquièrent un plus considérable, mais leur substance se détruit presque totalement, et ils se trouvent convertis en un sac à parois plus ou moins minces. La première espèce d'atrophie survient à la suite d'une maladie de l'organe; la seconde ne reconnaît pas toujours pour cause une maladie antécédente, et dépend souvent d'un obstacle à l'écoulement de l'urine, qui existe au dessous de la glande.

L'anatomie pathologique ne nous a encore appris que très-peu de chose sur les altérations morbides des reins. Leur consistance n'est pas toujours la même. On les trouve quelquefois extrêmement flasques chez les diabétiques, circonstance dans laquelle il leur arrive souvent de recevoir beaucoup plus de sang qu'à l'ordinaire. D'un autre côté, leur consistance est quelquefois accrue à un degré surprenant. Il n'est pas très-rare non plus de les trouver convertis en graisse. Fréquemment aussi, il se développe dans leur intérieur, surtout chez les personnes avancées en âge, une quantité plus ou moins considérable, quelquefois énorme, de kystes séreux, presque toujours adhérens, remplis d'une sérosité diversement colorée, et la plupart du temps limpide, qui détruit quelquefois entièrement leur substance. Dans certains cas, le rein paraît formé primitivement de kystes semblables; dans d'autres, on y trouve, soit des hydatides, soit des strongles géans, soit des calculs urinaires.

Les reins sont sujets à de nombreuses maladies. Leur volume peu considérable, leur situation profonde, la multitude des parties situées au devant d'eux, et l'épaisseur ainsi que la résistance de celles qui les protégent en arrière, sont autant de circonstances qui rendent difficiles et rares les blessures de ces organes. Cependant les auteurs ont conservé des exemples assez nombreux d'accidens de ce genre. On reconnaît que les reins ont été atteints à la situation de la plaie extérieure, à sa direction, à la profondeur à laquelle elle a pénétré. La sortie presque constante du sang ou d'une urine sanguinolente par l'urètre, une vive douleur ressentie à la région rénale, et propagée le long du cordon des vaisseaux spermatiques, à l'anus et au testicule du même côté, sont deux phénomènes qui accompagnent ordinairement et suffisent pour caractériser les lésions des reins. La douleur du testicule est

souvent très-vive, et entraîne la rétraction spasmodique de cet organe vers l'anneau sus-pubien. L'agitation et l'anxiété font bientôt des progrès; le pouls devient petit, serré, fréquent, irrégulier; l'urine est rare, sédimenteuse, rougeâtre, quelquefois supprimée; les douleurs de la région lombaire tendent à se propager à tout l'abdomen; la peau est sèche et brûlante, la langue rouge, la soif considérable; souvent des vomissemens réitérés se manifestent, et l'on observe cet affaissement général et profond, cette tendance irrésistible aux lipothymies qui accompagnent le plus grand nombre des plaies de l'abdomen, avec lésion des nerfs et des viscères que cette cavité renferme.

Malgré cet appareil formidable de symptômes, les blessures des reins ne sont pas constamment mortelles. La guérison s'opère même avec assez de facilité, lorsque les grosses divisions de l'artère rénale ont été épargnées, et que l'organe, atteint par la partie postérieure, ne verse pas dans l'abdomen l'urine qu'il sécrète. Fallope, Valleriola, Forest, Haller, Lamotte, Dupuy, et plusieurs autres praticiens, ont consigné dans leurs écrits des observations de plaies des reins terminées d'une manière heureuse. Les complications les plus redoutables alors sont les lésions simultanées d'autres organes importans, comme le foie et le diaphragme, ou l'intestin, la blessure de quelque vaisseau considérable, enfin l'ouverture du péritoine à l'endroit où la cavité du rein est déchirée.

Les saignées abondantes, générales et locales, les fomentations émollientes continuelles sur la région lombaire, le repos le plus absolu du corps et de l'esprit, les boissons délayantes et émulsives, prises modérément, afin de ne pas surcharger l'estomac, et de ne point exciter trop l'action des organes blessés, tels sont les moyens sur l'usage desquels il convient d'insister. Les bains de siége prolongés pendant trois, quatre ou six heures, dans une décoction émolliente tiède, seraient alors éminemment utiles, si l'on pouvait y plonger le malade sans lui occasioner de douleurs trop vives. Lorsque l'urine paraît supprimée, il faut explorer attentivement la vessie, ou même y passer une sonde, car on a vu des caillots accumulés dans cet organe, obstruer son col, et rendre impossible la sortie du liquide qu'il renfermait. Le camphre et l'opium, recommandés dans les cas qui nous occupent, ne doivent être employés qu'avec une grande circonspection. Le camphre surtout irrite trop vivement l'estomac pour que son usage ne puisse présenter de graves inconvéniens. Les déplétions sanguines, les boissons délayantes, les fomentations émollientes et les bains doivent constituer alors la base du traitement, et

leur emploi persévérant a seul procuré le succès dont s'applaudissent les auteurs.

Les *abcès* des reins ne peuvent être reconnus que quand l'inflammation se propage aux lombes, et détermine une tumeur sous-cutanée plus ou moins considérable. Lorsque, dans ces circonstances, une fluctuation profonde se fait sentir, il est permis de plonger un bistouri jusqu'au foyer purulent, et de procurer l'évacuation du liquide qu'il renferme. Une mèche de linge effilé ou quelques légers bourdonnets, enfoncés dans la plaie, serviront à maintenir la liberté de son trajet, et à rendre plus facile la sortie du pus, de l'urine et des calculs dont le rein peut être rempli.

Les *fistules* qui succèdent aux opérations de ce genre, ou qui s'établissent spontanément, n'exigent pas d'autre moyen de traitement. Extraire, soit avec des pinces, soit à l'aide d'injections ponssées avec ménagement, les graviers et les calculs dont les bassinets sont alors ordinairement remplis; entretenir le canal de la fistule libre de tout obstacle, et prévenir son rétrécissement au moyen de l'éponge préparée ou de toute autre matière analogue; s'opposer, au moyen d'un régime sévère, de bains tièdes et de boissons émollientes, au retour de la phlogose aiguë du rein : telles sont les indications que présente le traitement de ces maladies. L'urine s'est, dans ces cas, ouvert une voie anormale d'écoulement; elle a remplacé, du moins en partie, la route prolongée qu'elle suit ordinairement par un canal plus court, plus direct, moins important à la vie. Il faut donc favoriser cette tendance, prévenir de nouvelles inflammations aiguës des reins, et de nouvelles déviations du liquide qu'il sécrète, afin d'écarter les accidens qui pourraient survenir, et de prolonger ainsi l'existence des sujets.

L'inflammation des reins a été décrite ailleurs (*Voyez* NÉPHRITE). Ces glandes sont également susceptibles d'éprouver des altérations dont la nature n'est pas encore bien connue, mais qui influent puissamment sur l'abondance et la composition de l'urine. En effet, l'excrétion urinaire peut être accrue ou diminuée; l'urine peut offrir aussi des anomalies sous le rapport de la quantité respective, de la nature ou de l'altération des diverses substances qui entrent dans sa composition. Tous les détails relatifs à cet objet important qui n'ont pas déjà trouvé place dans l'article *diabète*, seront exposés avec soin aux articles URINAIRE et URINE.

RELACHEMENT, s. m.; laxité trop considérable des parties molles. On donne spécialement ce nom aux relâchemens des parois charnues et aponévrotiques de l'abdomen. Il n'est

pas rare de voir, après plusieurs grossesses, ou chez les hommes, à la suite d'un embonpoint excessif, auquel une grande maigreur a succédé, les muscles abdominaux relâchés laissant les viscères digestifs se porter en avant, puis en bas, et tomber jusque sur les cuisses. Cet état est accompagné de lenteur dans la digestion, d'un sentiment intérieur de faiblesse qui rend impossibles les exercices soutenus ou les travaux pénibles, enfin d'une disposition toujours croissante aux hernies. Le seul moyen de remédier aux incommodités de ce genre consiste dans l'application à toute la surface abdominale d'une ceinture élastique maintenue en bas par des sous-cuisses, et en haut par des bretelles; alors les viscères, se trouvant artificiellement soutenus, reprennent leurs fonctions, et la gêne ainsi que les tiraillemens qu'éprouvaient les malades se dissipent. Ces ceintures, lacées en avant sur la ligne médiane, doivent s'adapter avec exactitude à toute l'étendue des parois du ventre, exercer sur elles une pression égale et douce, et céder lorsque, par l'ingestion des alimens, cette partie augmente de volume.

RELEVEUR, s. m. et adj., *levator;* nom donné par les anatomistes à plusieurs muscles qui ont pour usage de relever les parties auxquelles ils prennent leur insertion.

Cette épithète est plus particulièrement réservée, néanmoins, à un muscle pair de la région anale, le *releveur de l'anus*, qui, placé à la partie inférieure du bassin, à la manière d'une cloison oblique, complète de ce côté la cavité abdominale. Ce muscle, irrégulièrement quadrilatère, est mince et moins large en bas qu'en haut. De courtes fibres aponévrotiques le fixent, d'avant en arrière, à la partie inférieure et antérieure de la symphyse pubienne, à l'os des îles, au dessus du bord supérieur de l'obturateur interne, à l'épine sciatique, et à une large aponévrose qui recouvre ce muscle. Ces diverses insertions sont interrompues, vers le trou ovale, pour le passage des vaisseaux et des nerfs obturateurs. Les fibres charnues moyennes et antérieures du muscle descendent obliquement d'avant en arrière et de dehors en dedans; parvenues en arrière et au dessous du rectum, elles se réunissent à celles du côté opposé, et enveloppent cet intestin en rayonnant. Quelques-unes des plus antérieures semblent se fixer à la prostate, ou se confondre avec le sphincter de l'anus. D'autres, qui proviennent de l'angle de réunion des corps caverneux de la verge avec l'urètre, se répandent en arrière sur le bulbe de ce canal. Les postérieures descendent en dedans, où elles se terminent sur les parties latérales du coccyx.

Le muscle releveur de l'anus a, chez l'homme, des rapports en dehors avec l'obturateur interne, le grand fessier, le

transverse, et plus bas avec le tissu cellulaire abondant qui avoisine l'anus; en dedans, avec la vessie, la prostate et le rectum. Plus faible chez la femme, et moins courbé, surtout dans ses fibres postérieures, il adhère fortement au vagin avant d'arriver au rectum.

Ses usages sont de relever le rectum, et de le porter en avant. Il comprime ainsi cet intestin, dans le même temps qu'il résiste à l'action des muscles du bas-ventre et du diaphragme. Il favorise aussi l'éjaculation et l'expulsion de l'urine, ainsi que celle des matières fécales. Chez la femme, il contribue un peu à resserrer le vagin.

REMÈDE, s. m., *remedium;* tout moyen propre à opérer un changement salutaire dans l'état maladif, ou auquel on attribue cette propriété. Le mot *remède* est synonyme de *médicament* dans le langage ordinaire. Mais il a une signification bien plus étendue dans celui des médecins, qui ne donnent le nom de médicament qu'à une production naturelle revêtue d'une forme pharmaceutique, et jouissant de la faculté de modifier l'état des organes sur lesquels on la fait agir.

RÉMISSION, s. f., *declinatio, remissio.* Ce mot, qui ne signifiait d'abord que *diminution*, et qui s'entendait de l'amendement momentané qui a lieu dans les symptômes de plusieurs maladies aiguës avec trouble de la circulation, est aujourd'hui, et surtout depuis Pinel, employé pour désigner les intervalles qui séparent les accès des maladies continues, avec redoublemens précédés de frisson, accompagnés de chaleur, et suivis de sueur. Toutefois on dit encore d'une maladie qu'elle a offert une *rémission* alors même qu'elle n'a présenté que de simples redoublemens et non des accès en tout semblables à ceux des maladies intermittentes avec trouble de la circulation. La *rémission* diffère de l'*intermission*, en ce que, dans la première, la maladie continue, mais avec moins d'intensité durant l'intervalle des accès, tandis que, dans la seconde, la maladie cesse entre les accès.

REMITTENT, adj., *remittens.* Il est peu de maladies dont l'intensité aille croissant, puis diminue d'une manière uniforme, sans alternatives plus ou moins prononcées d'augmentation et de diminution; ainsi, la plupart des maladies aiguës, surtout celles qui sont accompagnées d'un trouble de la circulation, sont plus incommodes, plus douloureuses, plus prononcées le soir, et offrent parfois à cette époque de la journée divers symptômes qu'on n'observait pas le matin ou vers le midi; quelquefois, au contraire, ce redoublement a lieu le matin, plus souvent dans la journée, plus souvent encore la nuit. Rigoureusement parlant, il n'y a donc pas de maladies conti-

nues; toutefois on donne ce nom à celles qui n'offrent que des redoublemens peu intenses, ou peu réguliers dans l'époque de leur retour; mais lorsque ces redoublemens sont précédés de frisson, accompagnés de chaleur et suivis de sueur, lorsqu'ils offrent tous les caractères d'un accès fébrile, qui vient, pour ainsi dire, s'ajouter à la maladie, sans que celle-ci cesse, on l'appelle *rémittente*; sa marche est ce qu'on nomme *rémittence*, et chaque intervalle qui sépare les accès est appelée *rémission*.

Quoique toutes les maladies puissent être rémittentes, on regarde principalement comme telles les inflammations aiguës désignées sous le nom de fièvres : c'est ici le lieu de parler de ces affections, et, à leur occasion, nous parlerons des causes, des signes et des indications que présente la rémittence.

RÉMITTENTE (fièvre), *febris synocha*, *continua*, *continuata*, *continens*, *paroxysmalis*, *continua periodica*, *proportionata*, *remittens*. Parmi les pyrétologistes, les uns ont omis les fièvres rémittentes, et les autres ont confondu sous ce nom toutes les fièvres continues; d'autres plus sages ont conservé cette dernière dénomination pour les maladies aiguës continues qui n'offrent que des redoublemens, et ils ont appelé *fièvres rémittentes* celles qui, dans leur cours non interrompu, présentent des accès analogues à ceux des fièvres intermittentes. Celles-ci sont un des deux genres de fièvres périodiques. Selon Stoll, la fièvre rémittente doit être considérée comme composée de deux fièvres dans lesquelles elle doit être séparée comme en ses deux élémens; la continue et l'intermittente, dont chacune produite dans le même homme, dans le même temps, par la même cause ou par différentes, par la nature de l'épidémie, par la méthode de traiter, fait la rémittente. Pinel remarque avec beaucoup de sagacité que cette manière de voir est peu exacte, et qu'elle peut avoir une influence dangereuse dans l'exercice de la médecine, en faisant penser qu'on peut attaquer directement la partie intermittente de la maladie par le quinquina pour rendre le traitement de la partie continue plus simple. Baumes voit dans la fièvre rémittente un genre mixte de pyrexie faisant la nuance entre la fièvre continue et la fièvre intermittente, sans cesser néanmoins d'appartenir plus particulièrement à cette dernière; il se rapproche donc du sentiment de Stoll, quoique d'ailleurs il cherche à s'en éloigner; il pense que l'on doit considérer comme fièvres rémittentes même celles dont les retours, à peu près périodiques, ne sont pas, ou ne sont plus annoncés par le frisson; enfin, il ajoute, et cet aveu est remarquable, qu'entre la fièvre rémittente et la fièvre intermittente, la différence n'est que dans le degré; enfin, le même auteur veut, avec Lautter, que le redoublement ou l'accès arrive sans cause étrangère, et que la rémission soit spontanée,

pour que la fièvre soit rémittente; quelque scolastique que paraisse cette idée, elle est pourtant fondée sur l'observation. Toutes les fièvres continues seraient rémittentes, si on appelait ainsi celles dans lesquelles il survient un redoublement ou même un accès parce que le sujet s'est exposé au froid, ou bien une rémission parce qu'on a saigné le malade.

Une fièvre continue est rémittente quand on observe les particularités suivantes :

Avant l'accès, sommeil lourd, fatigant ou interrompu, bouche sale au réveil, douleur ou simplement pesanteur de tête, yeux pesans et rouges ou abattus; tristesse, dégoût, nausées, chaleur incommode ressentie principalement à la paume des mains et à la plante des pieds,

Dans l'accès, malaise, sentiment de forte lassitude, de tension dans les muscles, de raideur dans les articulations, mouvemens d'extension des uns, de flexion des autres; envie de dormir plus ou moins insupportable, pâleur et lividité des ongles, froid du bout du nez et de l'extrémité des doigts, gêne de la respiration, inspiration pénible, pandiculations et bâillemens fréquens; par intervalles, sensation de froid à la peau, douleurs obtuses dans les membres; tremblement universel, claquement des mâchoires, pâleur de la face, lèvres décolorées, assoupissement et quelquefois léger délire; petite toux sèche, soif assez forte avec bouche sèche, pâteuse ou amère, envie fréquente d'uriner, urine ténue et pâle, quelquefois trouble; pouls petit, fréquent, serré, parfois des mouvemens convulsifs, une grande anxiété quand le sujet est très-irritable, état d'impatience. Cette période diminue insensiblement, les frissons, le tremblement, les mouvemens convulsifs s'éloignent de plus en plus, le pouls est alternativement concentré et développé, de petites bouffées de chaleur coupent par intervalles le sentiment de froid, les vomissemens surviennent ou sont plus abondans, quelquefois il y a une sorte de syncope ; le froid cesse, une chaleur douce et générale lui succède, et le pouls s'élève décidément; ordinairement les nausées, les vomissemens s'arrêtent, l'urine coule, moins souvent elle est rouge et chaude; le malade se découvre, cherche le frais, le visage rougit, l'haleine est chaude, les yeux brillans, la peau sèche et chaude, la soif excessive, la respiration moins gênée, mais plus fréquente; le pouls plein ou fort, égal, précipité; le battement des artères temporales et carotides se fait vivement sentir, et quelquefois il survient un délire assez marqué; parfois il se manifeste une éruption rouge ortiée, boutonneuse; les douleurs dorsales, lombaires, articulaires et celles de la tête, tous les symptômes augmentent d'intensité pendant un certain temps, se maintiennent au plus

haut degré plus ou moins long-temps, puis des alternatives de diminution et de retour à l'état de violence commencent à avoir lieu, ensuite les accidens déclinent; la peau est tour à tour sèche et brûlante, tempérée et humide, puis elle s'assouplit, s'humecte, l'urine coule abondamment; elle est citronnée, épaisse, sédimenteuse, parfois à sédiment briqueté; la moiteur s'établit, des sueurs ou des selles bilieuses, quelquefois les unes et les autres, terminent l'accès.

Après l'accès, le malade éprouve un véritable soulagement, quelquefois même il va jusqu'à croire que sa maladie a cessé, à cela près d'un sentiment de fatigue douloureuse, de l'amertume de la bouche, de la fétidité de l'haleine, d'un reste de chaleur à la peau et d'une disposition au frisson on observe d'ailleurs tous les symptômes qui existaient avant que l'accès commençât à s'annoncer.

Tel est le tableau d'un accès intense et bien caractérisé de fièvre rémittente, selon Baumes; c'est le même que celui d'une fièvre intermittente, par conséquent, ce que nous avons dit, en parlant de cette dernière, s'applique, sous ce rapport, à celle dont il s'agit dans cet article. Mais Baumes ne s'est pas borné à peindre une fièvre rémittente bénigne; il a signalé les caractères de celle qui offre un caractère de malignité, en un mot, il a décrit la fièvre rémittente pernicieuse passée sous silence par un si grand nombre de nos contemporains.

Dès le commencement de cette fièvre, dit-il, le pouls est mou et faible, petit et enfoncé, souvent inégal; les symptômes dominans sont les nausées, les vomissemens opiniâtres, la cardialgie, l'anxiété, la diarrhée séreuse, bilieuse très-liquide, le gonflement du visage, la surdité, l'assoupissement, les douleurs profondes, le délire plutôt tranquille que furieux, l'affection léthargique, la difficulté de respirer, le météorisme du bas-ventre, l'incertitude des mouvemens. Dans quelques épidémies seulement, ajoute-t-il, le mouvement du pouls est assez violent. Avant que le paroxysme commence, les malades sont affaissés, mornes; ils éprouvent des vertiges, ils sont menacés de défaillance; un grand froid survient tout à coup avec des douleurs qui semblent partir de la colonne vertébrale, le pouls est profond, et ses vibrations, à peine sensibles, sont confuses; le sujet immobile et glacé éprouve de la pesanteur des tiraillemens de l'épigastre; il y a des vomissemens ordinairement de bile verte, ensuite il se développe une chaleur âcre, le pouls s'élève lentement; alors même qu'il s'élève, il est encore plus faible, plus mou, plus petit que dans les cas ordinaires, et il conserve de l'inégalité; la peau rude, sèche, chaude et plus mordicante que dans les fièvres continues, ne se couvre de sueur qu'après dix, douze ou quinze heures. Après l'accès, la

fatigue est extrême; il reste une impression de chaleur dans la bouche et l'intérieur du corps; le pouls est encore analogue à ce qu'il était dans l'accès, ou bien il est plus rare que le pouls naturel; le sujet évacue, par haut et par bas, des matières séreuses, bilieuses, vertes, fétides; les accès suivans se rapprochent et se manifestent avec plus de violence; les accidens s'accroissent et s'accumulent au quatrième, cinquième ou sixième accès; la rémission est à peine sensible; la maladie n'est plus que continue, mais elle a acquis une violence extrême; l'urine est limpide et n'est plus sédimenteuse, la vie du sujet est dans le plus grand danger.

Baumes fait observer avec sagacité qu'il s'en faut de beaucoup que tous ces symptômes soient constans, tant dans la fièvre rémittente bénigne, que dans celle qui est pernicieuse, et que parfois la rémission, en raison du calme de la circulation, peut être prise pour une intermission, si l'on n'a égard qu'au pouls; mais il faut tenir compte de tout ce qui s'écarte de l'état de santé, et dès lors il n'est pas difficile de distinguer la rémission de l'intermission, sauf quelque cas où l'état du sujet tient de l'une et de l'autre, car la nature se joue de toutes nos divisions sans aucune exception. Baumes pense d'ailleurs, non sans apparence de raison, que le nombre des rémittentes pernicieuses est plus grand que celui des pernicieuses intermittentes; mais, pour prononcer à cet égard, il faudrait une série d'observations bien faites et des tables nosologiques dressées avec soin, dans toutes les contrées où règnent les fièvres pernicieuses.

Il y a, selon Baumes, trois sortes de fièvres rémittentes; la première comprend toutes les fièvres dont chaque paroxysme débute par le frisson; la seconde comprend toutes celles dont les reprises commencent ou par un refroidissement de tout le corps, ou par une simple réfrigération des extrémités et du nez, ou par une toux sèche et plus ou moins vive; la troisième toutes celles dont les paroxysmes n'ont, dans leurs premiers temps, ni frisson, ni froid, ni refroidissement partiel, et ne sont remarquables que par la recrudescence de la fièvre, par une augmentation de chaleur âcre et des autres accidens fébriles qui décroissent après être montés à leur plus haut période. Le premier ou les deux premiers paroxysmes des fièvres rémittentes des deux dernières sortes commencent d'ailleurs par un frisson ordinairement considérable, et la sueur ou les urines chargées terminent tous leurs paroxysmes. Les fièvres de la première sorte se rapprochent des intermittentes plus que des continues; c'est le contraire pour celles de la troisième. Sous le point de vue du danger, il distingue les fièvres rémittentes en *bénignes; moins bénignes*, quand le paroxysme amène

du délire, de l'oppression, d'une toux incommode, un météorisme modéré; et *graves*, lorsqu'il survient, dans les reprises, soit des défaillances, des syncopes, soit un délire frénétique ou une affection soporeuse, apoplectique, des mouvemens convulsifs, un météorisme considérable ou douloureux, des symptômes de pleurésie, de pneumonie, d'hépatite, de dysenterie, d'une inflammation du bas-ventre, et que le pouls devient petit, mou et inégal. A l'égard de ces symptômes inflammatoires, ils sont le produit de la fièvre, s'ils lui sont subordonnés, dit-il, c'est-à-dire, si la fièvre s'est manifestée sans eux, s'ils n'ont paru qu'au deuxième ou troisième paroxysme, et même plus tard, et s'ils ne laissent point de traces, ou seulement des traces très-obscures dans la rémission; si au contraire les symptômes ont paru avant la fièvre ou en même temps qu'elle, s'ils continuent avec vigueur pendant la rémission, la fièvre est subordonnée à l'inflammation, ou, tout au plus, elle marche de pair avec elle. En conséquence de cette distinction, Baumes divise les fièvres rémittentes en encéphaliques, soporeuses, hépatiques, pleurétiques, dysenteriques, etc., et ce qui vaut mieux, il rapporte l'histoire d'une fièvre rémittente pneumonique qu'il observa en 1782, pendant l'automne, à Lunel. Nous avons donné l'extrait de cette histoire dans notre Pyrétologie physiologique.

Il est évident que ce tableau fidèle des opinions anciennes sur les fièvres rémittentes, tracé avec un vérible talent par Baumes, présente l'histoire, non d'une seule maladie aiguë fébrile rémittente, mais de la *rémittence* des maladies aiguës fébriles, c'est-à-dire, avec trouble de la circulation. Dans ce tableau, on retrouve tous les phénomènes qu'on observe dans les fièvres continues et dans les fièvres intermittentes avec les mêmes variétés d'intensité et une nouvelle combinaison. C'est le mélange des symptômes de l'irritation et de la désorganisation du cerveau, de ses membranes, de l'estomac, des intestins, du péritoine, du poumon, de la plèvre, du cœur, en un mot de tous les viscères. Il en est donc des fièvres rémittentes comme des fièvres continues et intermittentes; ce sont des irritations, des inflammations occupant un ou plusieurs organes, paraissant, aux yeux d'un observateur superficiel, envahir tout l'organisme, et dont les phénomènes sont les uns permanens, les autres périodiques, de telle sorte qu'on dirait que la maladie *recommence* plus ou moins souvent, sans qu'elle ait pourtant cessé un seul instant. Il est aisé de prévoir qu'un tel état est toujours grave pour peu qu'il se prolonge.

De même, les fièvres rémittentes ont été considérées comme composées d'une fièvre continue et d'une fièvre intermittente; on leur a toujours assigné pour causes les circonstances pro-

ductrices de celle-ci et de celle-là, mais surtout de la dernière. Nous ne les reproduirons pas ici; nous en avons parlé où cela était nécessaire; nous citerons seulement, comme méritant de fixer l'attention, l'opinion d'Alexander, de Chiannini et de Ramel, qui pensent que l'extrême humidité atmosphérique des pays marécageux et les brouillards produisent seuls les fièvres périodiques. Sans nier, comme ils le font, l'existence des miasmes marécageux, qui, au reste, n'est pas encore rigoureusement démontrée, il est certain que l'humidité, surtout en raison de la chaleur qui s'y joint, doit entrer pour beaucoup dans la production des maladies qui affectent le type intermittent ou rémittent. Baumes pense que l'humidité ne suffit pas pour cet effet, et qu'il ne peut en résulter que de simples cachexies et et des anorexies; mais il oublie qu'outre cette cause, il y a toutes celles qui sont susceptibles d'irriter les viscères, et que l'intermittence et la rémittence ne proviennent peut-être que de la débilité de la peau sans cesse relâchée dans un air humide et chaud. Ne sait-on pas en effet que la diminution d'action d'un organe prédispose les autres aux congestions actives, à l'afflux du sang? Tout ceci est en faveur de l'opinion de Roche sur la cause de l'INTERMITTENCE.

Robert Thomas dit qu'à l'ouverture des cadavres des sujets que font périr les fièvres rémittentes, on trouve ordinairement des congestions de sang dans le foie, des inflammations des voies digestives, et des altérations du cerveau : « J'ai ouvert et vu ouvrir, dit Baumes, en quarante-cinq années consacrées à l'exercice de la médecine, divers individus morts de fièvres, et leurs cadavres ont toujours offert des congestions de sang dans les viscères naturellement sanguins, des amas de bile ou de mucosité dans l'appareil des organes biliaires et intestinaux. Ces désordres étaient pour l'ordinaire accompagnés d'épanchemens sanguins, séreux ou mixtes, sanguinolens ou sanieux; les organes membraneux étaient souvent épaissis; les organes parenchymateux étaient ou rénitens ou mollasses, remplis de granulations qu'on trouvait aussi quelquefois sur les membranes affectées; enfin, les surfaces internes, se déchirant parfois avec assez de facilité, offraient ou le lacis des vaisseaux qui entrent dans leur contexture, fortement distendu et comme injecté, ou de larges taches rouges, quelquefois une dissémination de points noirâtres ou de véritables escarres. » Il ajoute que les désordres se faisaient principalement remarquer à la tête quand l'air avait été froid et sec; au bas-ventre, quand il avait été sec et chaud; à la poitrine, quand il y avait eu des alternatives rapides du chaud au froid, du froid au chaud, du sec à l'humide, avec prédominance de sécheresse. Baumes reconnaît donc que les traces morbides sont les mêmes, à la

suite des fièvres rémittentes qu'à la suite des fièvres continues. Bailli vient de constater tout récemment à Rome que ces traces sont aussi les mêmes à la suite des fièvres intermittentes pernicieuses; par conséquent, la démonstration de l'identité de siége et de nature de ces trois ordres de fièvre ne tardera pas à être démontrée.

Les fièvres rémittentes sont plus souvent quotidiennes que les intermittentes; il est moins commun qu'elles soient tierces; elles sont parfois double tierces; rarement elles sont quartes. Selon Sauvages, Baumes et Colombre, toute fièvre subintrante est rémittente; il faut convenir qu'en pareil cas il est difficile de décider si la maladie est plutôt intermittente que rémittente. Baumes veut également que la quotidienne double, et la plupart des autres fièvres intermittentes doubles et doublées soient rémittentes. Telles sont les difficultés et les subtilités auxquelles on arrive quand on attache trop d'importance au type des maladies, et quand on fait de chaque maladie dont le type diffère de celui d'une autre, une maladie spécifique, bien que les phénomènes soient les même dans toutes deux.

Baumes admet des fièvres rémittentes avec *génie inflammatoire*, *putride*, ou *nerveux*, avec *état catarrhal bilieux* ou *gastrique*. Pinel conteste la réalité de la fièvre rémittente inflammatoire admise par Macbride, mais il admet une fièvre gastrique rémittente.

Les maladies de ce genre qu'il a observées affectaient les vieillards : c'était à la Salpétrière; elles se montraient vers le déclin de l'automne, et étaient produites par toutes les causes excitantes, physiques ou morales des fièvres; comme les fièvres gastriques continues, elles étaient caractérisées par la céphalalgie sus-orbitaire, un enduit muqueux ou jaunâtre de la langue, un sentiment d'amertume dans la bouche, avec douleur à l'épigastre. Qui peut méconnaître ici les symptômes de la gastro-entérite, surtout si on y ajoute, comme il le fait pour plusieurs cas, la diarrhée ou la constipation plus ou moins opiniâtre, un vomissement continuel. Lors même qu'elles étaient traitées avec sagesse, elles se prolongeaient, dit-il, jusqu'au quarantième ou quarante-deuxième jour, et se terminaient quelquefois vers la fin du second septenaire. Cette persévérance des maladies aiguës rémittentes est réelle, nous l'avons observée.

Pinel décrit également une fièvre rémittente muqueuse, caractérisée par le retour fréquent de douleurs abdominales, l'excrétion douloureuse de l'urine, une sorte de salivation, une langue muqueuse, des horripilations vagues dans la nuit, mais souvent entremêlée de frissons, des aphthes, des accès,

qui, vers le déclin de la maladie, dégénèrent en de simples redoublemens. La durée des maladies de ce genre n'est pas moins longue que celle des fièvres rémittentes gastriques. Il rallie, avec raison, l'hémitritée des anciens et de Spigel à la rémittente muqueuse. Il admet, seulement en passant, que la fièvre adynamique peut être rémittente, et considère comme telles plusieurs observations de prétendues fièvres intermittentes adynamiques. Nous avons assez souvent observé des gastro-entérites avec symptômes dits adynamiques, et des redoublemens très-bien caractérisés, précédés d'un froid peu intense, et suivi de sueur peu abondante et peu chaude. Pinel a rallié aux fièvres ataxiques les fièvres pernicieuses rémittentes appelées subintrantes, parce que leurs accès se touchent. Ces maladies sont plus redoutables que les fièvres pernicieuses intermittentes; il serait à désirer que quelque bon observateur, médecin d'un hôpital situé dans un pays où elles règnent, en traçât une histoire anatomique et clinique aussi soignée que celle que nous a donné Torti sous les rapports symptômatique et thérapeutique.

Nous n'en dirons pas davantage sur les causes, les symptômes, la nature et le siége des fièvres rémittentes, et nous invitons le lecteur à leur appliquer ce que nous avons dit du siége et de la nature des fièvres continues, intermittentes, gastriques, muqueuses, de la peste, et ce que nous dirons des fièvres synoques et typhodes adynamiques et ataxiques. Nous devons seulement ajouter que, si les fièvres intermittentes deviennent souvent rémittentes, celles-ci deviennent souvent continues. Nous avons observé encore, tout récemment, cette conversion successive sur une femme qui nous a présenté tous les phénomènes d'une hépatite, d'abord intermittente, puis rémittente, puis continue, puis intermittente, et qui enfin guérit.

Les fièvres rémittentes peu intenses n'ont d'autre danger que de tendre à provoquer des altérations profondes et apyrétiques dans les viscères; rarement elles menacent la vie du sujet; elles résistent souvent avec opiniâtreté à tout traitement, et ne cessent qu'après un mois ou six semaines. Les fièvres rémittentes intenses sont au contraire très-dangereuses : elles mettent la vie du sujet dans un danger prochain, et souvent, dit-on, elle le font périr en quelques accès.

Baumes traite, après Dumas, de la fièvre rémittente traumatique; comme il n'est pas une seule fièvre qui ne puisse être la suite d'une plaie, ou qui ne puisse s'établir chez un sujet blessé, nous en parlerons à l'article TRAUMATIQUE.

La saignée quelquefois, les vomitifs et les purgatifs souvent, et le quinquina toujours : telle est la méthode de traitement généralement recommandée contre les fièvres rémit-

tentes bien caractérisées par les auteurs qui ont adopté les opinions antiques et anciennes, sans les modifier en y adaptant les observations plus récentes. Nous avons vu plus haut que Pinel s'est élevé contre l'opinion de Stoll, parce qu'elle conduit à prodiguer le quinquina dans les fièvres rémittentes; Pinel conseille, contre ces fièvres, les mêmes moyens que contre les fièvres continues; seulement il recommande, attendu leur plus longue durée, de soutenir les forces du malade par de l'eau vineuse, des crêmes d'orge et de riz, des fruits cuits, de la bière coupée avec moitié d'eau, et c'est seulement pour le déclin qu'il recommande les toniques, le vin d'absinthe, l'extrait de genièvre, et une nourriture plus substantielle. A l'égard des rémittentes ataxiques qui sont presque toujours tierces ou doubles tierces, il veut, à l'exemple de Torti, qu'on emploie le quinquina comme dans les ataxiques intermittentes.

Nous croyons qu'il est utile de distinguer les maladies qu'on appelle fièvres rémittentes en deux espèces, l'une qui comprend celles de ces maladies durant lesquelles il ne se manifeste aucun symptôme de danger imminent, prochain, et l'autre comprenant celles dont les accès se rapprochent et deviennent de plus en plus alarmans, par les symptômes de lésion du système nerveux, et notamment de l'encéphale, qui les caractérisent. Nous donnons aux premières le nom de *bénignes*, et aux secondes celui de *pernicieuses*, comme on le fait pour les fièvres intermittentes, et sans attacher aucune importance à ces dénominations elles-mêmes.

Les fièvres rémittentes bénignes doivent, comme l'a dit Pinel, être traitées comme les fièvres continues analogues; mais cet auteur n'a pas vu que l'existence des accès méritait une grande attention, qu'il importait d'abréger la longue durée de ces maladies, afin de prévenir les phlegmasies obscures et chroniques qui en sont si souvent les suites. Stoll dit avec raison qu'il faut avoir plus d'égard aux symptômes continus qu'à ceux des accès, excepté quand ceux-ci offrent le caractère pernicieux; que les fièvres rémittentes ne doivent pas être traitées d'après une seule méthode; que la saignée peut être utile, tandis que le quinquina a fait, d'une fièvre rémittente, une continue, une grave, une ardente, quand les accès n'annoncent point un danger pressant. Tout cela doit s'entendre seulement relativement aux inconvéniens d'une pratique dans laquelle on n'aurait en vue que de faire cesser les accès des fièvres rémittentes par le quinquina seulement, et l'on peut opposer Stoll à Torti et à Baumes avec avantage. Mais il ne faut pas conclure de là que l'on doive renoncer à l'emploi de tout moyen autre que le quinquina dans le cours des accès, et avec l'intention

d'abréger ceux-ci, de les rendre moins intenses, et de préparer ainsi le retour de la maladie au type continu. L'expérience nous a démontré, depuis la publication de notre Pyrétologie, qu'il faut au contraire combattre par les antiphlogistiques avec énergie les accès eux-mêmes, comme on le ferait pour une complication qui viendrait agraver une maladie continue. Il y a donc deux sources d'indications dans les maladies dont il s'agit, la rémission et l'accès.

Durant la rémission, il faut agir absolument comme si la maladie était simplement continue, ou tout au plus avec de simples redoublemens peu intenses; il est par conséquent inutile de répéter ce que nous avons dit, et d'anticiper sur ce que nous dirons du traitement des fièvres continues. Mais nous devons dire ici que jamais, dans les fièvres rémittentes bénignes, durant la rémission, il n'y a lieu de donner le quinquina, à moins que, par l'emploi des délayans et des émissions sanguines locales, on ne soit parvenu à faire de la rémission une véritable intermission, ce qui arrive souvent quand on met en usage la méthode antiphlogistique. Autrement, on court le risque de faire, d'une fièvre rémittente bénigne, une fièvre continue grave. Quand on a jugé à propos de tirer une grande quantité de sang dans l'accès, il est utile de laisser le malade en repos dans la rémission suivante, et de se borner aux adoucissans intérieurs, en y joignant quelquefois un lavement évacuant ou un rubéfiant à la peau, si la circulation n'est pas notablement accélérée.

C'est dans la rémission que jadis on plaçait les vomitifs et les purgatifs; ils ne sont utiles que dans les cas où la rémission est devenue intermission; alors ils sont quelquefois avantageux chez les sujets peu irritables; au moins les purgatifs, car les vomitifs provoquent plus souvent des fièvres rémittentes qu'ils n'en guérissent. Ceci est bien important, et ne doit pas être oublié.

Durant l'accès, il faut se conduire comme s'il s'agissait d'une maladie continue arrivée à son plus haut degré d'intensité; voilà ce qu'on n'a pas encore dit assez positivement; mais il y a une distinction importante à faire, c'est que, dans le frisson, il faut se conduire comme s'il s'agissait d'une maladie à son début, et ce n'est que dans la période de chaleur qu'il convient de suivre le précepte de médecine active que nous venons de donner; tandis que, dans la période de sueur, il n'y a rien à faire que d'empêcher le malade de se découvrir inconsidérément, de se refroidir, de manger, en un mot de déranger d'une manière quelconque le mouvement qui se fait du centre à la circonférence, et que l'on doit favoriser par une boisson chaude, agréable, donnée à très-petites doses.

Dans la vigueur de l'accès, on étudiera quel est l'organe le plus lésé, celui dont la lésion menace davantage la vie, ou du moins celui qui offre l'état pathologique le plus prononcé, et l'on mettra en usage les moyens rationnels de traitement indiqués dans la gastrite, l'entérite, l'hépatite, l'arachnoïdite, en un mot contre l'irritation qui donne lieu aux symptômes de l'accès. On agira encore comme s'il s'agissait d'une fièvre continue.

Les fièvres rémittentes pernicieuses doivent être traitées d'après les mêmes principes, avec cette différence que, lorsque l'on a *promptement* et *fortement* employé les antiphlogistiques pendant le chaud de l'accès, si le chaud est bien caractérisé; dans la rémission, si le chaud de l'accès n'est pas bien caractérisé, ou même est à peu près nul, comme cela arrive quelquefois, on donnera le quinquina durant la rémission si le danger est pressant, le cas urgent, la vie du malade menacée, si déjà il y a eu un, deux, trois, et à plus forte raison quatre accès pernicieux. C'est le cas le plus difficile de la médecine pratique. Cette méthode réussit très-bien quand l'irritation qui forme l'accès n'existe que dans l'encéphale, quand elle est récente, et quand les voies digestives sont peu ou point irritées; peut-être aussi quand l'irritation est ailleurs que dans les voies digestives, quoique dans un viscère de l'abdomen. On l'a vu réussir dans des cas où la gastro-entérite était encore manifeste durant la rémission. La sottise, qui ne comprend pas ce qu'elle lit, et l'improbité qui suppose le contraire de ce qu'elle a lu, nous ont accusé d'avoir nié les cas de ce genre; un fait est plus précieux pour nous que la théorie la mieux liée, et si nous attachons de l'importance à la théorie, ce n'est que par rapport à sa liaison avec la pratique. Nous répétons qu'il n'est pas plus étonnant de voir une gastro-entérite guérir à la suite de l'application du quinquina sur l'estomac, que de voir guérir une ophthalmie après l'application d'un collyre aluminé, un érysipèle après l'application d'un vésicatoire, un furoncle après l'application de l'acide citrique, une urétrite après une injection de sulfate de zinc; mais nous n'avons jamais dit que le quinquina agissait comme un vésicatoire; nous savons que le quinquina ne cause pas de soulèvement de l'épiderme, surtout là où il n'y en a pas; nous savons que ce n'est point un excitant, un phlegmasique évacuant, mais bien un tonique, un phlegmasique dessicatif, tannant, et que l'un ou l'autre de ces effets prédomine selon l'état de l'organe et la prédisposition individuelle. Rien de plus absurde, de plus indigne d'un homme de sens, d'un homme instruit, que d'attribuer à un médicament la qualité absolue de fébrifuge, d'antipériodique, quand il est démontré que ce moyen, dans les

cas où il paraît le mieux indiqué, augmente parfois la fièvre, et qu'en le donnant dans les jours correspondans à ceux où, auparavant, les accès se manifestaient durant la convalescence d'une fièvre intermittente, il les fait reparaître, ainsi que Baumes l'a dit et que nous l'avons observé.

Quelque importante que soit l'autorité de Torti, et quelque confiance qu'on doive avoir dans l'expérience d'un praticien tel que Baumes, il y a certainement de l'inconvénient à prescrire brusquement le quinquina dans les rémittentes pernicieuses, parce que ce médicament agrave souvent les intermittentes bénignes, qui pourtant offrent une apyrexie suffisamment prolongée, et bien plus encore les intermittentes bénignes subintrantes. Ramazzini a observé des épidémies de fièvres intermittentes, dans lesquelles le quinquina était plus dangereux qu'utile, sans doute parce que les organes digestifs demeuraient irrités dans l'apyrexie; à plus forte raison, par conséquent, ce médicament peut-il nuire quand on l'administre sans préparation dans les fièvres rémittentes. Nous avons dit autrefois que ces fièvres résistaient d'ailleurs souvent, ou ne cédaient que momentanément aux émissions sanguines, mais c'est parce que nous avions recours à celles-ci dans la rémission seulement; depuis que nous les mettons en usage à l'instant où l'accès est à son plus haut degré d'intensité, ou nous le raccourcissons considérablement, et la rémission suivante est souvent une véritable intermission qui permet d'appliquer le quinquina, ou bien l'accès diminue seulement d'intensité, et le sujet n'a plus qu'une fièvre continue, contre laquelle il faut répéter l'application des sangsues, à l'instant des simples redoublemens qui remplacent les accès.

RENAL, adj., *renalis*; qui a rapport ou qui appartient au rein.

Les *artères rénales*, appelées aussi émulgentes, naissent de la partie latérale de l'aorte ventrale, immédiatement au dessous de la mésentérique supérieure, et s'en détachent sous un angle droit ou à peu près. Elles s'avancent ensuite de dedans en dehors, sur les faces latérales du corps de la première ou de la seconde vertèbres lombaires, gagnent le rein, et pénètrent dans la scissure de cet organe, après s'être partagées, le plus souvent à quelque distance de lui, en plusieurs branches, ordinairement au nombre de trois, qui se subdivisent encore plus d'une fois avant de s'enfoncer dans sa substance. Quoique leur calibre soit très-considérable, elles ne sont pas cependant les plus volumineuses de toutes celles du bas-ventre, comme l'a dit Bichat, puisqu'elles cèdent le pas, sous ce rapport, non-seulement au tronc cœliaque, mais encore à la mésentérique supérieure. Du reste, elles naissent presque en face l'une de

l'autre ; on remarque néanmoins presque toujours que la droite est un peu plus basse que la gauche, parce que le rein de ce côté est lui-même moins élevé que celui de l'autre; mais cette disposition n'est pas constante. En général aussi, lorsque l'artère rénale droite est double, la supérieure naît un peu plus haut que la rénale simple du côté gauche.

Les artères rénales sont sujettes à un grand nombre d'anomalies que Meckel a soigneusement décrites.

La plupart du temps, on n'en trouve qu'une seule de chaque côté; mais très-fréquemment leur nombre est accru par la réduction des branches en autant de troncs distincts qui tirent leur origine de l'aorte immédiatement. Un premier degré, en quelque sorte, de cette anomalie, consiste dans la scission précoce de l'artère en plusieurs branches, scission qu'on ne rencontre souvent que d'un seul côté, tandis que l'artère du côté opposé est déjà partagée réellement en plusieurs troncs distincts.

Meckel fait observer que cette anomalie des artères rénales offre un grand nombre de différences sous le rapport des conditions dans lesquelles elle a lieu, du nombre des divisions qu'elle produit, de sa limitation à un seul côté, ou de son extension aux deux côtés à la fois, de la fréquence avec laquelle on l'observe sur l'un ou sur l'autre côté, du volume proportionnel des troncs distincts, de l'endroit d'où ils naissent, de leur insertion et de leur rapport avec les veines rénales.

Nous ne parlerons ici que de cette dernière circonstance. Il paraît que les veines rénales se divisent beaucoup moins souvent que les artères, d'où il résulte qu'elles ne s'éloignent pas toujours de la règle en même temps que ces dernières. De plus, quand l'anomalie s'est emparée des deux ordres de vaisseaux à la fois, le nombre des artères surpasse fréquemment celui des veines. Cependant on voit, dans certains cas rares, le vice de conformation n'exister que dans les veines. Ordinairement, surtout lorsqu'il y a plus de deux artères rénales, leur situation, par rapport aux veines, est changée sous ce point de vue que l'une ou quelques-unes d'entre elles passent devant, et non derrière la veine cave inférieure, pour gagner le rein. On conçoit, au reste, que ceci ne peut s'appliquer qu'au côté droit.

Meckel a vu les deux artères rénales naître de la face antérieure de l'aorte par un tronc commun. D'autres anomalies sont relatives au côté du système vasculaire d'où les vaisseaux rénaux tirent leur origine. En général, chaque artère se porte au rein situé du même côté qu'elle. Cette règle ne souffre d'exception que quand le rein se trouve dans le bassin, car il

n'est pas rare alors qu'une des artères rénales provienne de l'iliaque primitive, ou de l'hypogastrique du côté opposé.

Indépendamment des différences, toujours peu considérables, et d'ailleurs inconstantes, qui existent entre les artères rénales des deux côtés, sous le rapport de la hauteur à laquelle leur origine se trouve placée, elles se distinguent toujours l'une de l'autre par leur longueur. Celle du côté droit est plus longue que la gauche, et elle l'est d'autant plus que l'aorte se trouve située plus à gauche. Dans le trajet qu'elle parcourt pour gagner le rein, elle passe généralement derrière la veine cave inférieure; cependant on la voit quelquefois passer devant.

Les artères rénales sont destinées en grande partie aux reins, dans la scissure desquels elles s'engagent presque en totalité. Cependant, avant d'y arriver, elles donnent toujours quelques branches plus ou moins considérables, savoir, l'artère capsulaire inférieure, des rameaux destinés aux calices et aux uretères, et d'autres qui se portent à la capsule rénale, d'où ils pénètrent dans la substance de la glande. Dans quelques cas assez rares, et presque toujours alors du côté gauche seulement, et même ordinairement dans le seul cas où il existe plusieurs artères rénales, le spermatique naît de l'inférieure. Plus rarement encore, la rénale envoie au foie une branche qui va gagner la partie inférieure de cet organe.

Les *veines rénales* ou *émulgentes* sont ordinairement simples. Nous avons déjà dit qu'il est plus rare de les trouver multiples que les artères, même chez les sujets où ces dernières varient sous le rapport du nombre. Elles sont situées aussi bien plus en devant qu'elles. Celle du côté gauche est beaucoup plus longue que la droite. Elle naît plus haut qu'elle, s'ouvre dans la veine cave sous un angle plus droit, et passe ordinairement au devant de l'aorte pour s'y rendre. Il n'est pas rare cependant de la trouver derrière l'aorte; chez d'autres sujets, elle se partage en deux troncs, l'un antérieur, l'autre postérieur, qui passent, celui-ci derrière, celui-là devant l'aorte, au delà de laquelle il leur arrive assez fréquemment de se confondre de nouveau en un seul.

Les *lymphatiques rénaux* naissent de la face externe et de la partie interne des reins. Les superficiels se réunissent avec les profonds, soit immédiatement, soit après avoir formé plusieurs petits troncs. Le premier cas a lieu surtout pour les internes, et le second pour ceux qui naissent du reste de la surface des reins. Les troncs formés par la réunion des lymphatiques profonds sortent de la scissure rénale, accompagnent les vaisseaux rénaux, s'anastomosent fréquemment avec ceux des parties génitales et des capsules susrénales, et se jettent

dans les glandes lombaires. On en voit quelquefois plusieurs s'ouvrir dans le canal thoracique.

Les *plexus rénaux*, au nombre de deux, un de chaque côté, proviennent de quatre ou cinq branches considérables émanées de la partie supérieure des ganglions semi-lunaires, qui sont fortifiés par des filets du plexus mésentérique supérieur, et s'entremêlent avec cinq ou six petits ganglions subalternes. Chacun de ces plexus communique en haut et en dehors, tant avec les ganglions thoraciques inférieurs qu'avec les lombaires supérieurs; il donne de nombreuses ramifications aux capsules susrénales et aux reins.

RENONCULE, s. f., *ranunculus;* genre de plantes de la polyandrie polygynie, L., et de la famille des renonculacées, J., qui a pour caractères : calice à cinq folioles ovales et concaves; cinq pétales obtus, munis chacun d'une petite écaille à la base de l'onglet; ovaires multiples, réunis en tête, sans aucun style, mais couronnés par des stigmates réfléchis.

Ce genre renferme une multitude d'espèces généralement caustiques et vénéneuses, mais dont la dessiccation et l'ébullition font dissiper le principe âcre, qui est très-volatil, de manière qu'on en mange quelques-unes, sans inconvénient, après les avoir fait cuire, et que les animaux les mangent aussi toutes sans aucun danger, lorsqu'elles sont séchées et mêlées aux foins.

Appliquées à l'extérieur du corps ou à la surface d'un organe interne, les renoncules y causent une irritation violente; elles enflamment la peau, en détachent l'épiderme, et finissent par produire des ulcérations profondes. Lorsqu'on les mâche, elles phlogosent la bouche et excorient la langue. Introduites dans l'estomac, elles l'irritent avec violence, et provoquent des douleurs vives, des défaillances, des anxiétés et d'affreuses convulsions, qui sont souvent suivies de la mort. A l'ouverture des cadavres, on trouve les organes digestifs enflammés et ulcérés.

On connaît plusieurs exemples d'empoisonnement par la *renoncule scélérate*, *ranunculus sceleratus*. Les symptômes sont absolument les mêmes que ceux qui sont excités par toutes les autres substances âcres, et il paraît que c'est à tort qu'on a regardé comme appartenant d'une manière spéciale à ce cas, une sorte de rire convulsif produit par la contraction spasmodique des muscles de la bouche et des joues. Quoi qu'il en soit, ce rire apparent a reçu le nom de sardonique, de la part des anciens, parce qu'il était surtout produit par une espèce de renoncule commune en Sardaigne.

Les renoncules étaient fréquemment employées autrefois en médecine, mais on ne s'en sert plus aujourd'hui. Si quel-

quefois on en fait usage à défaut de vésicans ordinaires, on a toujours à craindre une inflammation vive et douloureuse, que suivent souvent des ulcérations profondes et tendantes à la gangrène. On devrait donc, si l'on voulait recourir à ces plantes comme épispastique, n'en appliquer qu'une petite quantité à la fois sur une surface peu étendue, et l'enlever, peu de temps après, pour s'assurer qu'il n'en résulte pas un effet plus intense qu'on ne le désire.

RENVERSEMENT, s. m., *inversio;* espèce de déplacement dans lequel un organe présente en bas ce qui devrait être en haut et en dehors les surfaces qui, dans l'état normal, doivent être à l'intérieur. Le renversement est toujours distinct de la descente ou de la chute, bien qu'il en soit fréquemment compliqué. La paupière supérieure est quelquefois renversée sans avoir éprouvé d'abaissement; la matrice, dont le fond est descendu au dessous du col, n'a pas, chez certains sujets, abandonné pour cela sa situation normale. Les procédés opératoires employés pour remédier aux renversemens des organes, varient suivant les causes de l'accident et la position des parties; ainsi, les tumeurs de l'œil qui renversent les PAUPIÈRES, doivent être extirpées; il faut repousser et maintenir dans sa situation la membrane muqueuse du RECTUM; l'HYSTÉROPTOSE exige que l'on soulève et que l'on maintienne élevé le fond de la matrice jusqu'à ce que le resserrement de cet organe s'oppose à sa descente; enfin, on combat le renversement des bords des PLAIES et des ULCÈRES en détruisant la phlogose et la tuméfaction qui l'occasionaient.

REPOUSSOIR, s. m., *repulsorium;* tige d'acier longue d'environ deux pouces, fixée sur un manche qui s'appuie dans la paume de la main. L'extrémité de cette tige se termine tantôt par une gouttière oblique, présentant deux petites dents à son extrémité, tantôt par deux espèces de crochets tournés en sens contraire, et terminés aussi par deux dents garnies d'aspérités. Cet instrument sert à arracher les racines des dents.

REPULSION, s. f., propriété dont jouissent les corps élastiques, et en vertu de laquelle ils reviennent sur eux-mêmes avec une certaine force, toutes les fois qu'ils ont cédé à la pression, dès que celle-ci cesse d'être aussi considérable.

RÉSEAU, s. m., *rete, retientum;* entrelacement de ramuscules vasculaires ou nerveux, disposés les uns par rapport aux autres de manière à figurer une espèce de filet.

REPERCUSSIF, adj. et s., *repercutiens, repellens;* susceptible de repousser d'une partie les humeurs qui affluent vers elle, ou de faire cesser, par une sorte d'astriction, l'afflux du sang vers une partie enflammée. Le froid et les astringens

composent la classe des moyens répercussifs; cette dénomination est inutile, et doit être rejetée parce qu'elle rappelle des théories justement oubliées

RÉPERCUSSION, s. f., *repercussio;* changement en vertu duquel le sang, l'irritation, les humeurs qui affluaient vers une partie se trouvent refoulées vers une autre par le froid ou par les astringens; notion surannée qu'il n'y aurait aucun avantage à rajeunir. Quand un écoulement tarit, quant un exanthème disparaît, quand une irritation cesse, et qu'il se manifeste ailleurs un écoulement, un exanthème ou une irritation, rien ne prouve que ce soit la même matière qui a été refoulée d'un point sur un autre, et certes ce n'est pas la même suraction organique qui a seulement changé de place.

RÉSECTION, s. f., *resectio;* opération par laquelle on retranche soit des portions d'os altérées, dont la présence entretient des maladies graves, soit des surfaces osseuses non réunies et consolidées à la suite des fractures. Les opérations de ce genre se pratiquent tantôt dans la continuité, tantôt dans les contiguités normales ou anormales des membres.

Pour exécuter les premières, des incisions doivent être faites sur l'endroit de l'os affecté de carie ou désorganisé, de manière à mettre à nu toute la portion malade de l'organe, en ménageant, autant que possible, les muscles, les tendons, les vaisseaux et les nerfs; ensuite, avec une scie fine ou tout autre instrument du même genre, on coupe l'os au dessus et au dessous du mal, puis on essaie de détacher et d'extraire la partie affectée. Les lèvres de la plaie étant rapprochées, on la recouvre de charpie, de compresses, et on maintient, au moyen d'un appareil convenable, les pièces osseuses en rapport et immobiles, afin d'obtenir le rétablissement de leur continuité. Ces opérations sont assez rares. L'os maxillaire inférieur et les côtes sont presque les seules parties sur lesquelles on les ait pratiquées. Dans les caries étendues et profondes des os des membres, on préfère généralement l'amputation à des résections qui laisseraient après elles des raccourcissemens considérables. Cependant, dans ces occasions mêmes, si la maladie était bornée à une fort petite étendue de toute l'épaisseur de l'os, il conviendrait de préférer l'extirpation de la partie affectée à l'ablation complète du membre.

Lorsque, à la suite des solutions de continuité des os non consolidées, on croit devoir pratiquer la résection des fragmens, il faut se conformer aux règles que nous avons établies à ce sujet, en traitant des ARTICULATIONS ANORMALES.

Les résections des extrémités articulaires des os doivent être soumises, comme les amputations, à des principes généraux dont il ne faut jamais s'écarter dans la pratique. Le pre-

mier de ces préceptes consiste à ouvrir constamment la jointure par le côté le moins garni de tendons, de muscles, de nerfs et de vaisseaux, afin de ménager, autant que possible, ces organes, et de conserver au membre ses élémens de solidité et de nutrition; ainsi, à l'épaule, le couteau doit être porté sur la région deltoïdienne; au coude, sur la partie postérieure de la jointure; au genou, sur le ligament rotulien. C'est à travers les plaies, pratiquées à ces régions, qu'il faut faire saillir les extrémités des os, en respectant les organes situés du côté opposé.

Une seconde règle non moins importante à observer consiste à ouvrir la jointure par l'incision la plus simple et la plus facile ensuite à réunir. Cette incision première doit être tellement disposée, qu'elle permette d'apercevoir immédiatement toute l'étendue du désordre intérieur, et servir aisément de base aux divisions secondaires, destinées, suivant le besoin, à découvrir un ou plusieurs des os qui forment la jointure. Dans la plupart des lésions chroniques des articulations, les stylets, portés à travers les fistules ouvertes à l'extérieur, font bien reconnaître que des caries existent; mais ils ne font pas toujours distinguer exactement l'étendue de la désorganisation, et surtout jusqu'à quel pointelle affecte un ou deux des os réunis dans la même capsule synoviale. Le mal paraît assez profond et assez grave pour exiger la résection. Voilà le point capital pour le chirurgien; mais en commençant l'opération, il ne peut ordinairement savoir jusqu'où il étendra son ablation sur chaque os, et il doit se laisser guider sur cela par l'état des parties à mesure qu'il en découvre. Or si, par des incisions faites, suivant l'axe du membre, et prolongées en haut et en bas de la jointure, il allait d'abord mettre à nu les deux os principaux qui la forment, il pourrait pratiquer des sections inutiles, multiplier, sans nécessité, la douleur des malades, et compromettre le succès de l'opération, en augmentant l'étendue de la plaie et la difficulté d'en obtenir la cicatrice.

C'est afin d'éviter ces inconvéniens que l'on commence à l'épaule par former un lambeau deltoïdien médiocrement étendu, et qui, étant relevé, permet de découvrir l'intérieur de la jointure, ainsi que l'étendue du désordre dout la tête de l'humérus est le siége. Si la cavité de l'angle antérieur de l'omoplate est malade, on prolonge supérieurement, en avant et en arrière les incisions, afin de pouvoir exécuter la nouvelle résection que cette complication exige. Au coude, l'articulation, étant fléchie, et une incision transversale ayant d'abord divisé les deux ligamens latéraux et le tendon du muscle triceps brachial, la jointure a tout a coup perdu sa solidité, et le chirurgien découvre facilement les surfaces articulaires de l'humérus, du

radius et du cubitus; alors, il peut, suivant le besoin, prolonger en haut ou en bas deux incisions latérales partant des extrémités de la première, et formant des lambeaux qui, détachés des os, les laissent à découvert, et permettent de les isoler et de les retrancher. Au genou, le même principe reçoit son application : le tibia étant fléchi sur le fémur, il convient de diviser, par une incision transversale, le ligament rotulien, ainsi que les ligamens latéraux. On découvre ainsi d'un seul coup toute l'articulation, et, suivant les dispositions variées du mal, il devient facile de faire porter la résection sur l'un ou l'autre des os atteints, sans occasioner de délâbrement considérable. A l'articulation tibio-tarsienne, on attaque successivement les deux côtés correspondans aux malléoles, suivant que le tibia ou le péroné semblent spécialement affectés de carie.

Il importe, pendant la pratique des résections, de faire exactement comprimer les artères des membres; des couteaux, des scies, des palettes de bois, destinés à protéger les parties molles, au devant desquelles on coupe les os; des aiguilles, des fils cirés, des bandelettes de sparadrap, des compresses et des appareils à fracture ont dû être préparés d'avance, et composent les appareils d'opération et de pansement. Après le retranchement des extrémités osseuses, l'articulation, sur laquelle on a opéré, n'existe plus; aucun mouvement étendu ne peut avoir lieu dans la partie qu'elle occupait, et le chirurgien doit s'efforcer, surtout aux membres abdominaux, d'obtenir un cal solide, une ossification résistante entre les extrémités opposée des os réséqués. Pour cela, les vaisseaux ouverts étant liés, et les lèvres de la plaie étant maintenues rapprochées au moyen d'emplâtres agglutinatifs ou de points de suture, le tibia doit être maintenu étendu, suivant une ligne parfaitement droite, sur le fémur, et un appareil, semblable à ceux dont on fait usage pour les fractures de la cuisse, devra le forcer à l'immobilité jusqu'à l'entière solidification des parties; à l'épaule, le bras sera maintenu appliqué sur le côté du thorax; au coude, il convient de placer l'avant-bras dans la demi-flexion sur le bras, et d'attendre ainsi la formation de l'ankylose.

Les résections des articulations constituent une des conquêtes les plus brillantes de la chirurgie moderne; elles devront rendre les amputations à la suite des affections des extrémités des os, plus rares, et faire ménager des membres dont l'ablation complète a été jusqu'ici considérée comme indispensable. On pourra faire plus encore, et recourir à l'armée à ces opérations, dans beaucoup de fractures comminutives des articulations, lorsque les projectiles ont occasionné de trop grands désordres pour espérer d'obtenir la guérison sans emporter les

pièces qu'il a frappées. Ce procédé a déjà été appliqué avec succès par Percy, Sabatier, Larrey, Willaume, aux fracas étendus de la tête de l'humérus; pourquoi n'en ferait-on pas usage dans les blessures également étendues et graves du genou, du coude et peut-être de la hanche? Si les caries de ces parties peuvent être guéries par la résection, pourquoi cette opération ne réussirait-elle pas dans des lésions instantanées, et lorsqu'elle serait pratiquée au milieu des parties saines, et disposées à la cicatrisation?

On a élevé toutefois des craintes sur le succès et les résultats des opérations qui nous occupent. Boyer a pensé que l'état ordinairement lardacé des chairs qui environnent les articulations cariées devait rendre la suppuration de mauvaise nature, s'opposer à la cicatrisation des plaies, et peut-être reproduire la carie, ou du moins s'opposer à la réunion des os rapprochés; mais l'expérience a démontré que le foyer du mal étant détruit, les tissus secondairement altérés reviennent assez facilement à leur état normal, fournissent un pus louable, et se cicatrisent sans grandes difficultés. Chaussier ayant tenté des expériences de résection sur les chiens, a constaté que les os rapprochés, ne se consolident pas, et que les membres demeurent flottans sous l'animal sans pouvoir servir à la station ou à la progression. Cet habile physiologiste redoutait aussi le peu d'épaisseur des lambeaux qu'il faut pratiquer, et la mortification dont ils peuvent devenir le siége. Ici encore les faits sont venus détruire des appréhensions non fondées. En effet, les membres grêles et maigres des animaux ne peuvent être comparés à ceux de l'homme sous le rapport de l'abondance des tissus et des ressources vitales. Il est bien vrai que les portions réunies des membres, après les résections articulaires, ne se réunissent ordinairement qu'au moyen d'un tissu cellulo-fibreux accidentel; mais ce tissu, lorsque les parties sont maintenues longtemps immobiles et rapprochées, peut acquérir une épaisseur assez considérable et une assez grande solidité pour maintenir les os en rapport, et ne permettre entre eux que des mouvemens obscurs et bornés. On observe alors ce qui est si remarquable après les fractures de la rotule, où les fragmens peuvent même être réunis par un cal osseux, lorsque leur coaptation est exacte et prolongée. D'ailleurs, les succès obtenus par Parck et Moreau de Bar attestent que le membre abdominal, même après les résections complètes du genou, peut encore conserver une assez grande solidité.

Cependant, il ne faut pas dissimuler que les résections constituent toujours des opérations longues, laborieuses, difficiles, et qui occasionent, soit immédiatement, soit consécutivement, des douleurs plus multipliées que les amputations des mem-

bres. Des accidens nombreux, tels que de vives inflammations, la prolongation de la suppuration et les exfoliations des os leur succèdent fréquemment, et retardent la guérison. Après la cicatrisation des plaies, le membre reste enfin déformé, raccourci, quelquefois peu solide et, par conséquent, peu utile au malade. Cependant, on ne croit pas avoir trop chèrement acheté la conservation d'une partie considérable du corps, et presque tous les sujets préfèrent à un membre artificiel celui qu'ils ont reçu de la nature, quelque défectueux que la maladie l'ait rendu. Ainsi donc, considérées d'une manière générale, les résections seront substituées avec avantage, dans un grand nombre de cas, aux amputations des membres. La conservation de la main, du bras et de l'avant-bras, est d'un prix inestimable; ces parties, quoique affaiblies et mutilées, peuvent rendre, dans tous les cas, plus de services réels que les machines les plus ingénieuses; mais en est-il de même pour les membres abdominaux? Ici, la stabilité et la force sont les qualités fondamentales; ces parties ne servent qu'à la station et à la progression; un homme sera plus solide, et marchera moins difficilement sur une jambe de bois bien faite, que sur un membre raccourci et devenu vacillant par l'extirpation du genou ou de l'articulation tibio-tarsienne. Nous ne croyons donc pas qu'appliquées aux extrémités pelviennes, les résections soient aussi favorables, aussi avantageuses, que quand on les pratique sur les membres thoraciques. Autant leur utilité est évidente dans ce dernier cas, autant il faut apporter de circonspection pour y recourir dans les autres.

RÉSINE, s. f., *resina*; nom collectif qui sert à désigner des substances solides naturellement cassantes, à cassure vitreuse, un peu transparentes, et ordinairement de couleur jaune, qui ont une saveur plus ou moins âcre, n'exhalent aucune odeur lorsqu'elles sont pures, ont une pesanteur spécifique supérieure à celle de l'eau, s'électrisent d'une manière négative par le frottement, et conduisent mal le calorique. Ces substances brûlent avec facilité, en répandant une flamme forte et jaune, et laissant dégager une abondante fuliginosité. Insolubles dans l'eau, soit à froid, soit à chaud, elles se dissolvent plus ou moins complétement dans l'alcool et les éthers. L'eau versée dans la liqueur, qui est presque toujours transparente, la trouble et la rend laiteuse; la résine se précipite ensuite sous la forme d'une poudre blanche. Les huiles fixes, et surtout les siccatives, dissolvent aussi les résines, de même que les huiles volatiles et les lessives alcalines. Les acides les dissolvent, mais après les avoir altérées plus ou moins. Ainsi l'acide sulfurique les charbonne, et le nitrique les convertit peu à peu en tannin artificiel.

La plupart des résines sont fournies par le règne végétal, et exsudent spontanément des plantes, ou en découlent à l'aide d'incisions qu'on y pratique. Plusieurs existent dans le règne animal, mais celles-ci diffèrent à certains égards des précédentes. D'autres enfin se rencontrent dans le sein de la terre. Quelle que soit leur origine, elles ne sont jamais pures, et contiennent toujours des substances étrangères en plus ou moins grande quantité.

Les résines actuellement connues sont : la résine d'acajou, l'alouchi, l'animée, le baume du Canada, celui de Copahu, celui de Carpathie, celui de Hongrie, celui de judée, celui de Backasira, le baume sucrier, le baume vert, la résine de Botany-Bay, celle de Cachibou, la caragne, la résine de cèdre, le copal, la résine du cyprès, l'élémi, l'eltalch, la guayacine, l'highgate, la résine de jalap, la laque, le ladanum, la résine du lierre, le mastic, la résine du mollé, l'olampi, la gomme d'olivier, la résine du peuplier noir, celle du pistachier, la sandaraque, le sang-dragon, le succin, la résine de sumac, le tacamahaca, la résine de turbith, la résine verte et la térébenthine.

La plupart de ces substances sont employées en médecine, et exercent une action stimulante, irritante même, très-marquée, sur les voies digestives.

RÉSOLUTIF, s. m. et adj., *resolvens;* se dit de tous les moyens propres à faire disparaître une inflammation, une tumeur, sans suppuration ni aucune autre altération de texture que celle qui constitue le premier temps de l'inflammation, ou à faire cesser, en général, une maladie quelconque.

RÉSOLUTION, s. f., *resolutio.* Ce mot à deux significations très-différentes en médecine; ordinairement, il indique la cessation d'une maladie, et notamment de l'inflammation, par simple diminution, et sans qu'il survienne aucune nouvelle modification morbide dans la partie, telle qu'un écoulement, la suppuration, l'ulcération, etc. Quelquefois le mot *résolution* signifie impossibilité de mouvoir un ou plusieurs membres, PARALYSIE.

RESPIRABLE, adj.; épithète donnée à tout fluide qu'on peut respirer sans danger, ou, pour parler plus exactement, qui peut servir à l'accomplissement de l'acte de la respiration. Il n'y a que l'air atmosphérique qui soit respirable, et les diverses proportions de ses principes constituans lui donnent divers degrés de respirabilité.

RESPIRATION, s. f., *respiratio;* ce mot a été pris dans plusieurs acceptions différentes. On s'en sert dans la physiologie générale, pour désigner l'application de l'air atmosphérique aux corps vivans, et l'exposition des changemens que

leur fluide nutritif éprouve de la part de cet air. Dans la physiologie spéciale, au contraire, et en particulier dans celle de l'homme, on n'admet de *respiration* que lorsque l'application de l'air a lieu d'une manière évidente, et qu'elle se fait dans un organe destiné spécialement à cette fonction, où le liquide nutritif vient, de son côté, chercher l'influence du fluide atmosphérique. C'est en raison de cette double acception du mot qu'on dit tantôt que tous les êtres vivans respirent, parce qu'aucun d'eux ne peut se passer d'air, et tantôt qu'il n'y a de véritable respiration que chez ceux qui possèdent un organe destiné à recevoir cet air et à l'appliquer au sang. Ainsi, chez l'homme, la respiration est une fonction qui a pour but d'introduire une certaine quantité d'air atmosphérique dans le poumon, et de l'y faire concourir à l'acte important de la sanguification.

La respiration a été fort ingénieusement comparée à la digestion. C'est, comme cette dernière, une fonction de nutrition, ou, en d'autres termes, qui concourt à la conservation et au renouvellement du matériel de notre corps. Comme elle aussi, elle est très-complexe, et nécessite le concours d'un agent extérieur, comparable à l'aliment, dont elle n'emploie non plus qu'une portion, rejetant le reste au dehors. Il doit doit donc y avoir beaucoup de rapport entre les phénomènes des deux fonctions, qui se distinguent principalement l'une de l'autre par la rapidité avec laquelle ces phénomènes s'exécutent et se succèdent, et par la différence du laps de temps durant lequel elles peuvent être suspendues sans nuire à l'organisme.

Les phénomènes respiratoires peuvent être distribués en trois grandes séries, suivant qu'ils sont relatifs à l'introduction de l'air dans le poumon, aux changemens qu'il fait subir aux fluides du corps dans cet organe, et à son expulsion après qu'il a exercé son influence. La promptitude avec laquelle ces trois séries d'actes s'accomplissent, et la grande disproportion qui existe entre l'importance des considérations dont chacun d'eux fournit le sujet, fait que les physiologistes ont coutume de ne pas les examiner dans l'ordre naturel de leur succession, mais de réunir l'histoire de la préhension de l'air à celle de son expulsion, et de s'occuper ensuite du rôle qu'il joue dans le poumon, c'est-à-dire de la respiration proprement dite. Quoique cet ordre soit peu naturel, sa commodité pour l'étude l'a fait généralement adopter.

L'introduction de l'air dans l'organe pulmonaire est désignée sous le nom d'*inspiration*. Elle a lieu en conséquence d'une sensation spéciale, et s'effectue à l'aide de certaines actions musculaires.

La sensation du besoin de faire pénétrer l'air dans le poumon, quoique aussi réelle que la faim, a été négligée par la plupart des physiologistes. Sans elle cependant, rien ne nous déterminerait à accomplir les actions nécessaires pour établir entre nous et l'air extérieur un rapport qui est laissé à la disposition de notre libre arbitre, et qui ne dépend pas, comme on l'a cru pendant long-temps, de la seule position des parties. Cette sensation indéfinissable, mais bien distincte, qui, de même que tous nos autres besoins, prend le caractère du plaisir quand on cède à ce qu'elle exige, et celui de la douleur quand on ne la satifait pas, éclate aussitôt que l'air introduit dans le poumon a été consommé. Il paraît que le plus ou moins d'activité du poumon, et les qualités de l'air, apportent quelques variations, suivant les individus et les circonstances, dans la fréquence avec laquelle elle revient. Mais, quoique soumise à la volonté, elle la subjugue trop promptement lorsqu'on la contrarie, et entraîne des conséquences trop graves quand on la néglige pendant quelque temps, pour qu'on puisse apprécier les nuances par lesquelles elle est susceptible de passer, et l'influence de ses divers degrés sur l'organe pulmonaire. Toutes les fois qu'elle n'est point satisfaite, il en découle une série d'accidens qu'on désigne sous le nom d'asphyxie. Mais, malgré la coïncidence de ces deux ordres de phénomènes, il n'y a point entre eux relation de cause à effet, car le besoin de respirer annonce seulement la disposition de l'organe à agir, tandis que les résultats de l'asphyxie tiennent à ce que le rapport auquel ce besoin invite n'a pas été effectué, et à ce que, par conséquent, la série des mouvemens nutritifs s'est trouvée interrompue. A l'égard du siége de cette sensation, ou, pour parler plus exactement, de l'organe qui développe l'impression, on a tour à tour accusé le diaphragme, le cœur et le poumon. Mais comme c'est dans ce dernier que pénètre le corps extérieur que réclame cette sensation, il est tout naturel de penser qu'elle réside en lui. Quant à la partie du viscère qui la développe, on ne peut guère douter non plus que ce ne soit la membrane muqueuse bronchique, puisqu'elle seule entre en contact avec l'air, et que, d'ailleurs, dans une multitude de circonstances, notamment dans l'état pathologique ou voisin de la maladie, elle paraît régler le mode des mouvemens respirateurs, et déterminer, par ses irritations, le jeu des puissances locomotrices du thorax. L'esprit de subtilité peut seul avoir inspiré des incertitudes à cet égard. Mais il n'en est pas de même de la nature de l'impression; le mouvement dans lequel elle consiste est trop moléculaire pour que nos sens puissent le saisir, et on ne le connaît que par son résultat. Les nerfs, dans un

changement inconnu d'état desquels elle consiste sans doute, la transmettent au cerveau, qui la perçoit. On a prétendu que ce changement d'état était causé par le contact d'un air non respirable et privé d'oxigène. Cette assertion est évidemment fausse, puisque la sensation éclate de même quand il n'y a plus d'air dans le poumon. Mieux vaut avouer son ignorance que se contenter d'hypothèses gratuites, qu'on s'habitue ensuite à prendre pour des explications légitimes.

Une fois excitée, la sensation du besoin de respirer commande et décide le jeu des puissances musculaires, qui doivent agir pour agrandir la poitrine, et déterminer l'air à entrer dans le poumon.

Des muscles plus ou moins nombreux peuvent concourir à cette dilatation du thorax, ce qui apporte de grandes variétés dans le mécanisme de l'inspiration.

L'ampliation de la poitrine se fait le plus souvent de haut en bas. Alors le diaphragme seul est chargé de l'accomplir. En se contractant, ce muscle se rapproche de la direction horizontale, et agrandit ainsi le diamètre perpendiculaire de la cavité thoracique. Dans le même temps, les viscères abdominaux sont refoulés en dedans et en avant, par l'effet de l'inclinaison oblique en dedans de ses parties latérales, et de l'inclinaison oblique en arrière de son centre aponévrotique et de ses piliers.

L'agrandissement du thorax peut aussi avoir lieu dans le sens de ses diamètres antéro-postérieur et transverse. Il dépend alors du soulèvement des côtes et du sternum. Mais les opinions diffèrent à l'égard de la manière dont s'effectue le mouvement de ces pièces osseuses. Haller regardait la première côte comme un point fixe et immobile, ou du moins très-peu mobile, vers lequel toutes les autres sont successivement élevées. Elle fournit ainsi une sorte de point d'appui sur lequel se fixent les muscles intercostaux qui la séparent de la seconde, et qui agissent pour élever un peu celle-ci. La seconde côte, ayant obéi jusqu'à un certain point au mouvement d'élévation, devient un point d'appui pour les plans musculeux qui la séparent de la troisième, laquelle se trouve ensuite élevée par leur contraction. Le même phénomène se répète jusqu'à la dernière côte, chacune devenant successivement point d'appui et point mobile, et leurs mouvemens étant d'autant plus étendus qu'elles sont plus inférieures. Ces os étant tous élevés ainsi, comme ils sont situés obliquement sur la colonne vertébrale, leur partie moyenne se porte en dehors, et l'antérieure en devant, les cartilages sterno-costaux éprouvent une sorte de torsion, et le sternum effectue une espèce de bascule qui l'éloigne du rachis. De tous ces effets réunis, il

résulte un agrandissement des deux diamètres transverse et antéro-postérieur du thorax, plus considérable en bas qu'en haut, mais inférieur à celui que le diamètre perpendiculaire éprouve par le jeu du diaphragme. Ainsi, d'après Haller, la poitrine ne s'élève pas en totalité, mais d'une manière successive, et il pensait en outre que les espaces intercostaux ne sont nullement agrandis. Quant aux puissances musculaires chargées d'opérer cette élévation, ce sont, suivant lui, d'abord les deux plans des muscles intercostaux, qui agissent sur la côte comme un levier du troisième genre, mais dont l'insertion presque perpendiculaire compense le désavantage de cette disposition; puis les surcostaux qui, se fixant sur les apophyses transverses des vertèbres, soulèvent, ou du moins soutiennent les côtes, et doivent surtout agir à la partie inférieure du thorax, où ils sont plus volumineux; enfin, dans certains cas d'inspiration forcée, divers muscles, attachés d'une part au cou, à la tête et à l'épaule, de l'autre à la poitrine, qui, changeant alors le point fixe ordinaire de leurs mouvemens, agissent sur les côtes et les soulèvent, comme le sterno-cléido-mastoïdien, le petit pectoral, une portion du grand, et le grand dentelé, surtout ses digitations inférieures.

Cette théorie de Haller fut vivement contestée. On reconnut d'abord qu'il s'était trompé en disant que les espaces intercostaux ne varient pas, car ces espaces s'agrandissent réellement, d'autant plus même que la côte est plus inférieure, ce qui dépend du surcroît de longueur, de mobilité et d'obliquité que ces os présentent en descendant. D'un autre côté, Hamberger soutint que les deux plans de muscles intercostaux ne remplissent pas le même office, que les externes seuls sont inspirateurs, et que les internes produisent l'expiration. Il alléguait, à l'appui de cette opinion, la direction des fibres des muscles externes, qui, étant obliques d'avant en arrière et de haut en bas, ont leur insertion trop près du point d'appui pour qu'on puisse les considérer comme inspirateurs, objection à laquelle il répondit en disant d'abord que, si l'on met à découvert, sur un animal vivant, les muscles intercostaux externes d'un côté, et les internes de l'autre, on les voit agir également au moment de l'inspiration; ensuite, que la disposition alléguée par Hamberger ne privait pas les externes de toute leur force, quoiqu'elle leur en enlevât réellement une partie, mais qu'elle se trouvait compensée, jusqu'à un certain point, par la plus grande fixité des côtes supérieures. Plus tard, Sabatier prétendit que, durant l'inspiration, les côtes suivent des directions différentes en raison de leur hauteur, que les supérieures se portent en haut, les inférieures en bas, et les moyennes en dehors, mouvement qu'il expliquait par

la disposition des surfaces articulaires des apophyses transverses, et dont il disait d'ailleurs s'être assuré par les vivisections, et par le jeu de la poitrine chez des phthisiques très-maigres. Enfin, Magendie a soutenu, dans ces derniers temps, que toutes les côtes s'élèvent à la fois, que la première est la plus mobile de toutes, que les autres le sont de moins en moins, à mesure qu'elles deviennent plus inférieures, et que ces dernières paraissant se mouvoir plus que les autres, on doit en chercher la raison dans leur longueur plus considérable. Magendie ajoute que les muscles sous-claviers, les scalènes, et ceux étendus du cou au sternum, soulèvent la première côte, que les autres le sont par les muscles indiqués par Haller, que la contraction du diaphragme concourt aussi un peu à élever le sternum et les côtes, et que l'articulation de la pièce supérieure du sternum avec la suivante est assez mobile pour permettre à cette pièce de se porter en avant avec la partie supérieure de la poitrine.

Ces deux modes de dilatation du thorax existent communément ensemble; mais, dans l'inspiration ordinaire, la poitrine s'élève peu, et son ampliation dépend tout entière du diaphragme. Il faut une grande inspiration pour que la cage thoracique éprouve une élévation évidente, en outre de l'abaissement du diaphragme, et une gène extrême de la respiration, ou le besoin d'une inspiration très-profonde et prolongée, pour que les muscles du cou, de la tête et du bras soient appelés à y concourir.

A mesure que la poitrine s'agrandit, par le jeu des puissances musculaires, le poumon qu'elle renferme, et qui est contigu à sa paroi interne, l'accompagne dans ce mouvement, et se dilate aussi. L'air qu'il contient se raréfie et ne fait plus équilibre à celui du dehors. Ce dernier s'y précipite par l'orifice de la trachée-artère. En effet, au moment de l'inspiration, la glotte s'ouvre d'elle-même par le jeu des muscles aryténoïdiens, ainsi que l'ont démontré les expériences de Legallois. De son côté, la bouche s'ouvre, et le voile du palais se relève pour lui permettre de communiquer avec la glotte, ou bien la bouche demeure fermée, et le voile palatin s'abaisse pour laisser un passage libre à l'air, qui s'introduit alors par l'ouverture toujours béante des narines.

L'air entre donc dans le poumon par le même mécanisme qu'il se précipite dans un soufflet dont on écarte les branches. L'organe lui-même ne paraît prendre aucune part au mouvement inspiratoire. Quelques physiologistes admettent cependant une dilatation active des bronches, due aux fibres musculaires qu'ils ont cru reconnaître dans les parois de ces canaux. Cette opinion n'a réuni qu'un petit nombre de suf-

frages, car il est bien évident que toute plaie pénétrante de la poitrine, lorsqu'elle est très-étendue, prive le poumon de la faculté de se dilater, en permettant l'entrée de l'air extérieur, qui pèse sur sa surface et le comprime.

On ignore jusqu'où l'air qui descend par la trachée pénètre dans l'organe pulmonaire. Ce qu'il y a de positif, c'est qu'il ne s'insinue pas sur-le-champ jusqu'aux dernières ramifications des bronches, puisque celles-ci en retiennent toujours une certaine quantité, et qu'au sortir du vide, ou après l'asphyxie, il faut plusieurs inspirations successives pour faire cesser tout à fait les angoisses. A l'article POUMON, on trouvera l'exposé des diverses opinions qui ont été émises relativement à la quantité d'air qui s'y précipite dans l'inspiration, et à la capacité absolue de cet organe. Nous ajouterons seulement que cette quantité varie selon les individus, puisqu'elle dépend de la conformation de la poitrine, qui n'est pas la même partout, et suivant les circonstances de la vie, puisque, étant soumise à l'action de la volonté, elle peut être effectuée en mille degrés différens, selon les cas et le besoin. Non-seulement, en effet, l'inspiration présente des variétés infinies quand on l'applique à des fonctions autres que la respiration, comme l'odorat, les efforts, la locomotion, etc., mais elle en offre encore de non moins nombreuses sous le rapport de la respiration elle-même; car son but étant d'introduire dans le poumon la quantité d'air nécessaire pour hématoser le sang veineux qui existe alors dans le viscère, elle doit être plus ou moins profonde, en raison du plus ou moins de pureté de l'air, et de la quantité plus ou moins considérable de sang veineux qui afflue dans l'organe pulmonaire, deux conditions qu'une multitude de circonstances font varier à l'infini. En général, cependant, elle se renouvelle de seize à vingt fois par minute.

Une fois entré dans le poumon, l'air fait, sur la membrane muqueuse de cet organe, une impression agréable ou pénible suivant sa qualité, mais qui n'est pas ordinairement perçue, parce que l'habitude l'émousse, et qu'elle s'affaiblit d'ailleurs à mesure que l'air pénètre à une plus grande profondeur. Il sollicite le poumon à agir. Quand cette action est accomplie, ou quand lui-même est impropre à la respiration, il détermine l'organe à l'expulser.

Cette expulsion de l'air porte le nom d'*expiration*. De même que l'acte précédent, elle est la conséquence d'une sensation particulière, et le résultat d'une action exercée, tant par l'organe respiratoire, que par les puissances musculaires qui l'entourent.

La sensation du besoin d'expirer, tout aussi indéfinissable

que celle du besoin d'inspirer, mais non moins incontestable, se développe dès que l'air qui avait été introduit dans le poumon a perdu ses qualités respirables. Elle offre les mêmes caractères que la précédente, avec laquelle elle se confond d'ailleurs, tant le laps de temps qui les sépare est court. Comme elle aussi, elle a son siége dans la membrane muqueuse, et commande d'une manière d'autant plus impérieuse, que le rapport qu'elle tend à établir est absolument nécessaire.

Quant à l'expiration elle-même, le poumon n'y joue pas un rôle aussi passif que dans l'inspiration. Elle dépend à la fois, et de l'action du thorax, et du retour élastique des canaux aériens sur eux-mêmes.

Ce dernier phénomène, conséquence nécessaire de la dilatation que les bronches avaient éprouvée précédemment, est bien prouvé par les expériences, qui font voir que l'expiration a lieu de même chez un animal vivant, quoiqu'on lui ait ouvert l'abdomen, et que l'air poussé dans la trachée-artère d'un cadavre sort par la seule force élastique des tissus, dès que le piston de la seringue cesse d'agir. Carson a essayé d'évaluer cette force; et, s'il n'y est pas parvenu, du moins l'a-t-il mise entièrement hors de doute.

A l'égard du rôle que la poitrine joue dans l'expiration, il peut être actif ou passif; mais il est bien plus souvent passif, ce qui fait aussi que l'expiration est plus courte et plus mécanique que l'inspiration.

Dans ce dernier cas, les puissances qui avaient opéré l'inspiration cessant d'agir, sans que d'autres entrent en jeu, le thorax et sa cavité reviennent à leurs dimensions premières d'une manière purement mécanique. Ainsi, que le diaphragme se relache ou que les muscles qui élèvent les côtes cessent de se contracter, le premier se relève dans la poitrine, dont il rétrécit l'étendue de haut en bas, les autres permettent aux côtes de revenir à leur place en vertu de la seule élasticité dont sont doués les cartilages qui les unissent au sternum.

L'expiration active, au contraire, exige le concours de certains muscles, qui, abaissant le sternum et les côtes, contribuent à diminuer la capacité de la poitrine. Ces muscles sont : le triangulaire du sternum, les larges de l'abdomen, le grand dorsal, le sacro-lombaire et le petit dentelé postérieur et inférieur. Haller prétendait qu'il se passait ici une action inverse de celle qui a lieu dans l'inspiration, c'est-à-dire que les côtes sont successivement abaissées vers la dernière, laquelle est fixée et rendue immobile par les muscles abdominaux et le carré des lombes; après quoi toutes les autres se trouvent ramenées vers elle par l'action des muscles intercostaux qu'il considérait, d'après cela, comme jouant tour à tour le rôle

d'inspirateurs et celui d'expirateurs, suivant qu'ils prennent leur point d'appui en haut ou en bas. Cette théorie a été aussi attaquée par Magendie.

Le rétrécissement du thorax ne peut avoir lieu sans que le poumon, qui suit tous les mouvemens de cette cage osseuse, ne soit comprimé, et l'air en sort comme il est exprime d'un soufflet dont on rapproche les branches. Il passe par la glotte, dont l'ouverture est moins béante que durant l'inspiration, à cause de la contraction des muscles aryténoïdiens, et sort par les fosses nasales ou la bouche, en se rapprochant de la température extérieure à mesure qu'il sort de l'organe, se refroidissant par degrés, et abandonnant ainsi la sérosité qu'il a dissoute.

L'expiration, qui est liée d'une manière indissoluble à l'inspiration, varie comme elle, non-seulement quand elle est effectuée pour servir à d'autres fonctions qu'à la respiration, mais encore d'après le but même qu'elle remplit dans cette dernière, et qui consite à chasser l'air épuisé, afin de préparer un libre accès au fluide nouveau que la sanguification réclame. De là vient qu'elle est plus ou moins prolongée, plus ou moins facile, et qu'on peut la distinguer, de même que l'inspiration, en ordinaire, grande et forcée, selon qu'elle dépend du relâchement du diaphragme seulement, de celui des muscles élévateurs des côtes, et d'une légère action des muscles directement expirateurs, enfin d'une action aussi énergique que possible de la part de ces derniers. Parmi les modifications dont elle est susceptible, plusieurs, telles que l'anhélation, le rire, le soupir, le bâillement, l'éternuement, la toux, ont reçu des noms particuliers.

Après avoir fait connaître la manière dont l'air s'introduit dans le poumon, et celle dont il en est expulsé, il reste à examiner la partie la plus importante de la fonction, c'est-à-dire les changemens que ce fluide imprime aux liquides qui affluent vers l'organe, c'est-à-dire au chyle, au sang veineux et à la lymphe, que les ramifications de l'artère pulmonaire distribuent dans son parenchyme. En effet, personne ne met en doute aujourd'hui que le but de la respiration ne soit de produire le sang artériel; il serait parfaitement inutile de s'arrêter à réfuter l'opinion des anciens, renouvelée par Helvétius, qui la croyaient destinée à rafraîchir, par le contact de l'air froid qu'elle introduit à chaque instant dans le poumon, le sang que les frottemens ont échauffé dans les longues routes de la circulation, ou à combattre l'hypohèse de ceux qui lui attribuaient pour usage de déplisser les vaisseaux pulmonaires, et de faciliter ainsi le passage du sang des cavités droites du cœur à ses cavités gauches, passage qu'on supposait

impossible, hors du temps de l'inspiration, à causede l'affaissement et de l'excessive flexuosité de ces vaisseaux.

Une question se présente d'abord : c'est celle de savoir si les deux fluides que le poumon est destiné à mettre en rapport mutuel, l'aérien d'une part et le sanguin de l'autre, éprouvent, dans le trajet qu'ils parcourent avant de se trouver en présence, une élaboration préliminaire, et en quelque sorte préparatoire de celles qu'ils doivent subir dans l'organe pulmonaire.

Pour ce qui concerne le fluide atmosphérique, Chaussier pense qu'en traversant les voies aériennes, où la succession continuelle des inspirations et des expirations le bat jusqu'à un certain point avec l'exhalation perspiratoire et la sécrétion folliculaire fournies par la membrane muqueuse, il éprouve une espèce d'élaboration pareille à celle que les alimens subissent dans le trajet de la bouche à l'estomac. Cette conjecture est peu probable, d'un côté parce que l'air ne doit servir qu'en raison de l'oxigène qu'il contient, et qu'on ne conçoit pas trop quelles mutations il pourrait éprouver dans l'intérieur du canal bronchique; en second lieu, parce qu'étant sous la forme de gaz, il ne semble pas avoir besoin des changemens préparatoires qui surviennent dans les alimens, et qui ne paraissent avoir pour but que de modifier la forme de ces derniers, que d'influer sur leurs propriétés purement physiques.

A l'égard du fluide qui doit subir l'action de l'air, Legallois admettait que la lymphe, le chyle et le sang veineux, c'est-à-dire les trois fluides à artérialiser, sont tellement calculés l'un par rapport à l'autre, dans le lieu de leur réunion, les veines sous-clavières, tant à l'égard de leurs quantités et qualités respectives, qu'en raison de la vitesse avec laquelle ils affluent l'un vers l'autre, que le nouveau produit doit se former presqu'à l'instant même, et par le seul fait de leur réunion. Il supposait donc que le travail de l'hématose commence dès le lieu où se réunissent les trois liquides qui en fournissent les matériaux, qu'il a même son siége principal dans cet endroit, et qu'il ne fait que s'achever, se compléter, dans le poumon. Les principaux argumens sur lesquels il fondait son opinion sont : 1° que le sang artériel est évidemment fait au sortir du poumon, et que les trois liquides, en le traversant, ont trop peu acquis ou perdu pour qu'il soit possible de croire qu'un changement si notable se soit opéré tout à coup, et n'ait pas commencé avant; 2° que ces fluides, en tombant dans les cavités droites du cœur, y éprouvent une agitation qui les dispose mieux à s'artérialiser. Mais cette hypothèse n'est pas plus admissible que la précédente, car l'artérialisation se fait d'une manière instantanée, et elle n'a pas lieu

toutes les fois que la respiration se trouve interrompue, le fluide circulatoire sortant alors du poumon revêtu des mêmes qualités qu'il avait avant d'y pénétrer. D'ailleurs, il est sans exemple, dans l'organisme, qu'aucun fluide se forme par le fait seul de la réunion des principes qui le constituent, et sa production exige constamment le concours d'un organe élaborateur. L'afflux des trois liquides dans les cavités droites du cœur ne peut que favoriser leur mélange, sans rien changer à leur nature.

L'air et le fluide circulatoire ne paraissent donc point éprouver d'élaboration préliminaire avant d'être mis en rapport l'un avec l'autre dans le parenchyme du poumon. Mais une fois ce rapport établi, il s'opère tout à coup des changemens considérables dans tous deux. En ce qui concerne l'air, sa composition se trouve modifiée, il perd une partie de son oxigène, peut-être même de son azote, et quelquefois des substances étrangères qu'il tenait en suspension; après quoi il sort, entraînant, avec un peu de sérosité animale, une quantité d'acide carbonique supérieure à celle qu'il contenait auparavant. A l'égard du fluide circulatoire, il a changé d'aspect et pris les caractères de sang artériel.

La perte d'oxigène qu'éprouve l'air est un des faits les mieux constatés de la physique moderne. Mille expériences directes et de nombreuses analyses l'établissent d'une manière incontestable. L'air qui sort du poumon contient moins d'oxigène qu'auparavant, et, s'il vient à être réintroduit dans l'organe, il se dépouille de plus en plus de ce principe jusqu'à ce qu'enfin il n'en contienne plus assez pour être respirable, ou plutôt sort chargé d'une quantité trop considérable d'acide carbonique, qui est, par lui-même, contraire à la vie; car il est probable que, si l'on parvenait à neutraliser ce gaz après chaque expiration, on pourrait respirer le même air jusqu'à ce qu'il fût totalement privé de son oxigène. Ce qu'il y a de remarquable dans cette perte d'oxigène, c'est qu'elle paraît ne se faire qu'en proportion déterminée, et que, quand bien même l'air contiendrait plus de cet élément qu'il n'en entre dans sa composition, il ne s'en dépouillerait pas d'une plus grande quantité à chaque inspiration. Relativement à cette quantité en elle-même, elle varie suivant les individus, et, chez le même sujet, selon les circonstances au milieu desquelles il vit. De là vient que tous ceux qui ont voulu la déterminer sont arrivés à des résultats différens. En effet, chaque inspiration enlève treize des dix-huit parties d'oxigène que l'air contient en volume, selon Goodwyn, un peu moins du quart, selon Menzies, et deux ou trois parties seulement, d'après Gay-Lussac et Davy.

Quant à l'azote, on est encore dans le doute de savoir si l'air en perd, du moins toujours. Les uns en ont trouvé plus, les autres moins, et certains une même quantité qu'avant l'inspiration. Edwards explique ces dissidences remarquables en disant qu'on peut observer tour à tour l'un ou l'autre de ces trois phénomènes, parce que la surface interne du poumon est à la fois le siége d'une absorption et celui d'une exhalation dans le produit de laquelle il y a de l'azote. Il se fonde sur des expériences curieuses d'Allen et Pepys, répétées par lui, qui établissent que la quantité d'azote paraît rester la même quand on fait respirer de l'air atmosphérique à un animal; que, si l'on s'est servi d'oxigène presque pur, ne contenant qu'un vingtième d'azote, l'air expiré en contient davantage; enfin que, si l'on emploie un mélange d'oxigène et d'hydrogène dans les mêmes proportions que les deux élémens de l'air, le fluide expiré contient encore beaucoup d'azote. Ces deux dernières expériences prouvent que le poumon exhale de l'azote.

Des expériences très-multipliées ont également établi que l'air expiré, outre qu'il est moins riche en oxigène, contient beaucoup plus d'acide carbonique, indépendamment d'un peu de sérosité animale. La quantité de cette dernière est de deux grains par minute, selon Menzies, et de douze suivant d'autres. Celle de l'acide est portée à onze centièmes par Goodwin, un vingtième par Menzies, et trois ou quatre centièmes par Gay-Lussac et Davy. L'une et l'autre varient beaucoup en raison du degré d'énergie vitale du poumon.

L'absorption des matières étrangères tenues en suspension dans l'air n'est pas douteuse non plus; une foule de phénomènes physiologiques et pathologiques la mettent à l'abri de toute contestation. Mais, considérée sous le point de vue du but final de la respiration ou de l'hématose, elle est purement accidentelle.

A l'égard du fluide circulatoire, au sortir du poumon, il est vermeil, rutilant, écumeux, plus léger que le sang veineux, plus chaud que lui de deux degrés, et surtout seul propre à nourrir les parties. L'instantanéité du changement qu'il éprouve est démontrée par une expérience de Goodwin, ingénieusement modifiée par Bichat. Si, après avoir adapté un robinet à la trachée-artère d'un animal, et un autre à l'une des carotides, on ouvre le premier, ce qui permet à la respiration de s'exécuter, le sang sort rouge de la carotide, tandis que, quand on le ferme, ce qui arrête la respiration, le sang sort par l'autre, rouge encore pendant quelques secondes, puis noir, et d'autant plus que l'expérience se prolonge davantage; mais il suffit alors d'ouvrir le robinet trachéal, pour que, la

respiration se rétablissant, l'artère fournisse soudain du sang rouge, après l'écoulement de la petite quantité de sang noir qui existait entre elle et le poumon, au moment où la respiration a été rétablie.

Il resterait maintenant à déterminer quels rapports existent, d'une part, entre les pertes et acquisitions qu'a faites l'air et l'artérialisation du sang; de l'autre, entre la perte que cet air a faite de son oxigène, et ses acquisitions en gaz acide carbonique et en sérosité animale; par conséquent à déterminer s'il y a connexité entre ces deux ordres de phénomènes, et si le second est lié d'une manière aussi nécessaire que l'autre à la respiration. Mais, auparavant, il importe d'établir quel rôle le poumon joue dans cette fonction.

Les uns ont supposé que le poumon est purement passif, et qu'il sert tout au plus de récipient aux substances qui se combinent. Les autres pensent, au contraire, qu'il joue un rôle actif, que c'est par son œuvre que s'exécute la fonction, qu'il saisit dans l'air inspiré l'oxigène nécessaire à l'artérialisation du sang, et que cette artérialisation elle-même s'effectue dans son parenchyme profond. Cette dernière théorie, la seule qu'on puisse admettre, repose sur les argumens suivans :

1° Partout, dans l'économie, il faut l'intervention d'un organe pour donner naissance à un fluide quelconque, qui ne se forme jamais par le fait seul de la réunion de ses principes composans.

2° La quantité d'oxigène soustraite à l'air dans chaque inspiration est toujours à peu près la même, quelle que soit celle que cet air contient. Un pareil phénomène ne saurait avoir lieu si l'oxigène ne se combinait avec le sang qu'en vertu de son affinité intrinsèque pour lui.

3° La proportion dans laquelle l'oxigène est enlevé à l'air varie suivant les conditions de vitalité du poumon, qui ne sont pas toujours les mêmes durant le cours de la vie, car elles présentent des différences notables suivant l'âge, le sexe, la constitution et l'état de santé ou de maladie. Ainsi Edwards a reconnu que l'adulte consomme plus d'oxigène que l'enfant, et que, chez les animaux, la différence d'un individu à l'autre peut aller jusqu'au tiers, ce qui autorise à en admettre une semblable, ou du moins analogue, dans l'espèce humaine. Nysten a cherché aussi à démontrer que les altérations éprouvées par l'air dans la respiration, sont un peu différentes dans l'état de santé et dans celui de maladie. En effet, aux approches de la mort, l'air sort du poumon tel à peu près qu'il y était entré, sans avoir été dépouillé de son oxigène.

4° L'artérialisation du sang se trouve d'abord affaiblie, puis arrêtée complétement, par la ligature ou la section des

nerfs de la huitième paire. Cette expérience a été faite un grand nombre de fois; mais Dupuytren lui a donné le premier le degré de précision nécessaire, en étudiant les phénomènes qu'on observe après la section de ceux seulement des rameaux nerveux qui vont se rendre au poumon. Il reconnut qu'alors l'hématose ne se fait plus, ou qu'au moins elle n'a lieu que fort imparfaitement, parce que le tissu de l'organe est paralysé, et que, si elle continue d'avoir lieu pendant quelque temps encore, c'est que l'influence nerveuse ne s'éteint pas sur-le-champ, cette influence, dans un organe isolé, tarissant d'une manière d'autant plus tardive, que l'organe est chargé d'une fonction moins animale, comme aussi le système nerveux d'un organe est d'autant moins sous la dépendance du cerveau, que cet organe est chargé d'une fonction moins animale.

5° La section de ces nerfs n'influe pas moins sur les changemens que l'air éprouve, comme l'a constaté Provençal. Cet expérimentateur a reconnu que l'air inspiré perd moins d'oxigène, que l'air expiré contient moins d'acide carbonique, et que la chaleur animale diminue. Ses observations et celles de Dupuytren ont été répétées et confirmées par Legallois et Magendie.

6° Enfin, on ne peut, en poussant de l'oxigène dans le poumon d'un cadavre, parvenir à artérialiser le sang qui s'y trouve contenu, ainsi que Dupuy s'en est assuré.

Le poumon agit donc dans la respiration. Mais quelle est son action? On l'a tour à tour supposée mécanique, chimique et vitale.

La première théorie n'a réuni qu'un bien petit nombre de partisans. Des auteurs pensent que l'artérialisation du fluide produit par le mélange du sang veineux, de la lymphe et du chyle est la suite des altérations comminutives que ces trois liquides éprouvent en traversant les vaisseaux capillaires du poumon. Une pareille doctrine ne mérite pas qu'on la réfute, puisque, d'un côté, elle rendrait les altérations de l'air inutiles, et que, de l'autre, elle ne supposerait, entre le sang veineux et artériel, d'autres différences que dans la forme et l'état, au lieu des différences de nature qui existent entre eux.

La théorie chimique de la respiration mérite un plus sérieux examen, parce qu'elle a réuni pendant long-temps tous les suffrages, et que, bien qu'abandonnée aujourd'hui par la plupart des physiologistes, elle compte encore des partisans parmi des hommes du premier mérite. Cette théorie tend à établir que l'artérialisation est une transformation de matière qui se fait de molécule à molécule, et qui reconnaît pour cause les lois générales de la chimie. Quoique développée surtout dans les temps modernes, elle a cependant une origine assez

ancienne, car elle remonte jusqu'à Mayow qui pensait qu'une partie de l'air, appelée par lui esprit nitro-aérien, et correspondant à notre oxigène, s'unit, dans la respiration, aux parties sulfureuses du sang, afin d'en débarrasser ce liquide et de lui fournir les molécules dont il a besoin pour se mouvoir, et que c'est par suite de cette combinaison entre une partie de l'air et certaines parties du sang veineux que celui-ci se trouve artérialisé. Telle est encore, à peu de chose près, la doctrine des chimistes de nos jours.

En effet, ils admettent que l'oxigène enlevé à l'air atmosphérique, se combine avec quelques parties constituantes du sang veineux, avec du carbone et de l'hydrogène de ce fluide, qu'il résulte de cette combinaison de l'acide carbonique et de l'eau qu'on retrouve dans l'air expiré, que le sang veineux s'artérialise par le seul fait de la soustraction de son carbone et de son hydrogène, et que toutes ces combinaisons laissent dégager assez de calorique pour entretenir le corps à sa température propre.

Ainsi, les chimistes supposent que la production d'acide-carbonique et de sérosité se rattache nécessairement à la soustraction d'oxigène, et que les phénomènes de la respiration sont parfaitement semblables à ceux de la combustion. Il y a effectivement un rapport remarquable entre ces deux opérations, puisque toutes deux exigent le contact de l'air, consument une partie de l'oxigène de celui dans lequel elles se passent, ne peuvent avoir lieu que quand l'oxigène est cédé facilement, exigent, pour se continuer, que l'air soit renouvelé, s'arrêtent bientôt lorsque ce renouvellement ne s'exécute pas, cessent néanmoins avant que tout l'oxigène de l'air soit épuisé, et cela à cause de l'acide carbonique qu'elles dégagent, se prolongent plus long-temps dans le gaz oxigène pur, enfin sont accompagnées d'une émission de calorique.

Mais cette théorie a subi de nombreuses modifications.

Lavoisier supposa d'abord que l'oxigène qui disparaît dans l'air inspiré se partage en deux portions, dont l'une traverse la membrane muqueuse des bronches, se porte sur le sang veineux, et en brûle le carbone, d'où résulte l'acide carbonique contenu dans l'air expiré; tandis que l'autre, traversant aussi la membrane, pénètre en nature dans le sang, circule avec lui, et en brûle le carbone, chemin faisant. Le départ de l'oxigène en deux portions lui avait paru nécessaire, afin d'expliquer pourquoi l'acide carbonique expiré ne contenait pas autant de ce gaz que l'air inspiré en avait perdu. Au reste, l'analogie de la respiration avec la combustion ne fut pas le seul argument qu'il allégua en faveur de sa théorie; il se fonda aussi sur les expériences de Cigna, Priestley et Goodwin, qui, ayant mis du sang veineux en con-

contact avec de l'oxigène sous une cloche, remarquèrent que le sang rougit, et que la cloche se trouva contenir de l'acide carbonique. Il se fonda aussi sur celle d'Hassenfratz, qui avait obtenu les mêmes résultats en plaçant une vessie pleine de sang veineux sous une cloche remplie de gaz oxigène. Enfin, il invoqua le rapport constant qu'on observe, dans la série des animaux, entre la température du corps et l'étendue de la respiration.

Cependant, on contesta plus tard la présence de l'oxigène dans le sang. Lavoisier fut dès lors contraint de modifier sa théorie première, et de chercher une autre cause pour rendre raison de la disparition de la portion d'oxigène excédant celle employée à la confection de l'acide carbonique. En conséquence, de concert avec Laplace, voyant que, indépendamment de ce dernier gaz, l'air expiré contenait de la sérosité, il imagina que la production de cette dernière avait lieu par le même acte, et qu'elle était le résultat de la combinaison de l'oxigène de l'air avec l'hydrogène du sang veineux. Ce fut alors seulement que la respiration se trouva entièrement assimilée à la combustion.

Mais comme il répugnait aux physiologistes d'admettre cette pénétration mécanique de l'oxigène à travers la membrane muqueuse bronchique, les chimistes prétendirent que les dernières ramifications de l'artère pulmonaire exhalent dans les bronches du gaz hydrogène carboné sur lequel porte l'action de l'oxigène inspiré.

D'un autre côté, Lagrange fit observer que les décompositions continuelles qu'on admettait dans l'intérieur du poumon, devraient produire un dégagement de calorique assez considérable pour le désorganiser et le brûler, tandis que cet organe n'a pas même une chaleur supérieure à celle des autres. On cessa donc de placer le siège de la combustion dans le poumon, et on le transporta dans les voies circulatoires. On admit que l'oxigène est simplement absorbé dans le poumon, qu'il s'introduit en nature dans le sang veineux, circule avec ce fluide, en brûle, chemin faisant, le carbone et l'hydrogène, et produit ainsi de l'acide carbonique et de l'eau, qui continuent à circuler jusqu'à ce qu'enfin ils viennent s'exhaler dans le poumon.

D'autres supposèrent bien aussi qu'une portion de l'oxigène atmosphérique est absorbée pour aller brûler le carbone et l'hydrogène du sang veineux dans le torrent de la circulation; mais ils admirent en même temps que la combustion de ces deux principes se faisait à moitié seulement, qu'il résulte de là de l'oxide de carbone et de l'oxide d'hydrogène, dont l'un donne au sang veineux sa couleur noire, et l'autre sa plus grande fluidité, que ces deux produits viennent s'exhaler dans

le poumon, et que la combustion s'achève dans cet organe, au moyen du reste de l'oxigène inspiré.

Quelques-uns enfin, qui continuèrent de considérer le poumon comme le siége de la combustion, établirent que le sang artériel, ayant une capacité, pour le calorique, supérieure à celle du sang veineux, s'empare, à mesure qu'il se trouve libre, de tout le calorique dégagé, en sorte que ce dernier ne peut plus dès lors exercer une action sensible sur le poumon, et qu'il devient beaucoup plus facile de concevoir le phénomène de la chaleur animale, le calorique, dont le sang artériel s'est chargé, ne se dégageant de ce fluide que quand, disséminé dans les organes, il y change de nature, et redevient veineux en accomplissant les actes de la nutrition et des diverses sécrétions.

Jusqu'ici il n'a été question que de la conversion du sang veineux en sang artériel; mais les chimistes se sont occupés aussi de celle du chyle et de la lymphe en sang. La grande analogie qui existe entre ces trois liquides les porta à conclure que les deux premiers ne diffèrent du sang qu'en ce que leur fibrine n'est pas aussi animalisée, et en ce que leur matière colorante tient à un phosphate de fer au minimum d'oxidation et de couleur blanche, tandis que celle du sang dépend d'un phosphate de fer au maximum d'oxidation et de couleur rouge. En partant de ces données, ils conclurent que la sanguification du chyle tenait à une action qui animalise davantage sa fibrine, et suroxide son phosphate de fer. Or, suivant eux, l'oxigène de l'air inspiré se combine avec une grande partie du carbone de ce chyle, et forme de l'acide carbonique, que la respiration entraîne; le liquide étant ainsi décarbonisé, et l'azote y étant devenu prédominant, sa fibrine se trouve animalisée davantage, puisque toute matière animale quelconque a d'autant plus le caractère de l'animalité, qu'elle contient une plus grande quantité d'azote. D'un autre côté, au moment où le chyle arrive dans le sang veineux, la soude que contient ce dernier s'empare d'une petite quantité de l'acide de son phosphate, et met à nu de l'oxide de fer; l'oxigène de l'air inspiré se combine avec cet oxide et le suroxide, de telle sorte que, de blanc qu'il était, d'abord le phosphate ferrugineux se trouve devenu rouge.

Quelqu'ingénieuses que soient ces diverses théories chimiques de la respiration, il est impossible de les adopter. Les argumens suivans sont les principaux parmi ceux qui s'élèvent contre elles.

1°. Elles réduisent le poumon à jouer le rôle passif d'un simple récipient dans lequel s'opèrent les combinaisons, puisqu'elles n'attribuent qu'à la seule affinité intrinsèque de l'oxi-

gène son application au sang veineux et son enlèvement à l'air respiré, quel que soit le mode selon lequel il concourt à la sanguification. Or, on a vu précédemment qu'il n'est pas possible d'admettre cette passiveté du poumon, et que tous les phénomènes de l'hématose résultent de son mode de vitalité.

2°. Elles supposent le passage purement mécanique de l'oxigène à travers les parois de la membrane muqueuse des bronches; mais, outre que ce mode de pénétration répugne à toutes les lois connues de la physiologie, on ne peut le concilier avec les faits nombreux attestant que c'est la vitalité du poumon qui règle la mesure dans laquelle l'oxigène est employé.

3°. Elles admettent que l'acide carbonique et la sérosité animale ont été formés de toutes pièces par la combinaison de l'oxigène inspiré avec quelques parties du sang veineux. Rien ne prouve que les choses se passent ainsi, et beaucoup de faits portent à croire qu'elles ont lieu tout différemment. En effet, l'acide carbonique et la sérosité existent dans tout air inspiré quelconque, même dans celui qu'on rend après avoir respiré un air qui ne contenait pas d'oxigène; c'est ce que prouvent les observations de Spallanzani, Coutanceau, Nysten et Edwards. Spallanzani a vu que des animaux plongés dans du gaz azote ou dans du gaz hydrogène, expiraient cependant de l'acide carbonique; Coutanceau et Nysten sont arrivés au même résultat en faisant respirer de l'azote pur à des chiens; enfin Edwards a reconnu qu'une grenouille, du poumon de laquelle il avait préalablement extrait l'air, a expiré, après huit heures de séjour dans l'hydrogène, une quantité d'acide carbonique supérieure à son volume, et qu'il en était de même pour les poissons et pour les mammifères; d'où il résulte que l'exhalation d'acide carbonique et de sérosité est tout à fait indépendante de l'enlèvement d'oxigène à l'air, qu'elle dépend d'une excrétion vitale du poumon, fournie même par l'artère bronchique, selon Coutanceau, et non par les ramifications de la pulmonaire.

4°. Plusieurs supposent que l'action de l'oxigène sur le sang se passe, du moins en partie, dans les voies circulatoires; mais l'expérience de Bichat, citée plus haut, ne permet pas de douter que la sanguification ne soit instantanée, et surtout qu'elle ne soit opérée dans le poumon, ce qui implique contradiction avec l'idée d'une combustion progressive dans les voies circulatoires.

5°. Quant à la théorie chimique de la sanguification du chyle, sans compter qu'on peut reproduire contre elle toutes les difficultés précédentes, et lui reprocher d'accumuler suppositions sur suppositions, nous dirons seulement qu'il ne paraît pas que la matière colorante du sang soit un sel à base de

fer, comme l'ont dit Fourcroy et Vauquelin, car les travaux récens de Brande et Berzelius tendent à établir que c'est une matière animale particulière.

Ainsi, l'action élaboratrice qui a lieu dans le poumon n'est ni mécanique, ni chimique; elle est toute organique, toute vitale, et, par cela même, couverte pour nous d'un mystère profond, puisqu'elle ne tombe sous aucun de nos sens, et qu'il ne nous est pas possible d'en saisir l'essence.

Il s'agirait maintenant de déterminer comment l'oxigène, sans lequel la sanguification n'aurait pas lieu, pénètre le poumon, se met en contact avec le sang veineux et agit sur lui. Sous tous ces rapports, on ne peut établir que des conjectures qui n'aboutissent à aucun résultat satisfaisant. A l'égard du premier point, la seule chose qui paraisse certaine, c'est que la pénétration de l'oxigène se fait par absorption, mais sans qu'on sache dans quelle partie de parenchyme pulmonaire, ni comment; quant au second, ou à la manière dont l'oxigène sert à l'hématose, il faut avouer que nous l'ignorons complétement; seulement nous ne pouvons pas admettre que ce soit par sa seule application au sang veineux, puisque ce serait retomber dans les théories chimiques dont nous venons de faire voir le défaut de fondement.

Considérée sous le rapport pathologique, la respiration fournit d'importantes considérations, mais qui se rapportent aux diverses actions organiques que ce mot représente. Les lésions de la respiration, considérée comme fonction, sont : l'ANHÉLATION, l'ASTHME, la DYSPNÉE, l'ORTHOPNÉE, la respiration convulsive, l'ASPHYXIE ou *apnée*. On connaît peu la respiration convulsive; elle mérite d'être étudiée.

Considérée comme source d'indications ou de signes pronostiques, en un mot comme phénomène morbide, la respiration est grande ou petite, obscure, nulle, rare ou fréquente, vite ou lente, costale ou abdominale, égale ou inégale, intermittente ou entrecoupée, libre ou gênée. Ces mots s'entendent assez. La *respiration costale* est celle dans laquelle les côtes s'élèvent fortement, le diaphragme s'abaissant fort peu dans l'inspiration; dans la *respiration abdominale*, au contraire, les côtes se meuvent à peine, et le diaphragme fait à peu près seul les frais de l'ampliation de la poitrine dans l'inspiration. On appelle *respiration suspirieuse*, celle qui est accompagnée, dans l'expiration, d'un bruit analogue à celui du soupir; *luctueuse*, celle qui est accompagnée d'un bruit plaintif, d'un gémissement; *stertoreuse*, celle qui fait entendre une sorte de bouillonnement dans l'inspiration et l'expiration; *ronflante*, quand elle s'accompagne d'un bruit dans la partie la plus reculée des fosses nasales; *bruissante*, quand un bruissement

semble avoir lieu dans la poitrine; *râlante*, quand elle est accompagnée de râle; *sifflante*, quand elle est accompagnée de sifflement; *fétide*, quand l'air expiré exhale une odeur désagréable; *douceâtre*, quand l'air expiré présente ce caractère à l'odorat; *sublime*, quand elle est grande et rare tout à la fois. Colin veut qu'on appelle respiration *grande*, non pas celle dans laquelle beaucoup d'air est inspiré, mais celle dans laquelle, à une expiration entière parfaite, succède une inspiration, soit lente, soit vite, qu'accompagne un grand développement de la poitrine; et qu'on appelle respiration *petite* celle dans laquelle il y a peu d'air inspiré. Nous ne voyons pas qu'il y ait de différence entre ces deux manières d'entendre ces dénominations. Colin appelle *respiration complète* celle qui a lieu par l'action des deux côtés du thorax; et *incomplète*, celle qui a lieu par l'action d'un seul côté des parois de cette cavité.

Pour explorer l'état de la respiration, on observe avec l'œil les mouvemens du thorax; avec la main, la température de l'air expiré; le nez donne la sensation de l'odeur de cet air; la main sert encore à pratiquer la PERCUSSION; on procède à l'AUSCULTATION des bruits qui ont lieu dans le poumon, la plèvre, les bronches, la trachée et le larynx, à l'aide de l'oreille appliquée sur la portion armée du STÉTHOSCOPE. On secoue quelquefois le thorax, afin de reconnaître l'existence d'un liquide par le flot qu'il produit, quand, outre le liquide, il y a de l'air; c'est la *succussion*.

RESPIRATOIRE, adj. C. Bell donne cette épithète aux nerfs diaphragmatique, glosso-pharyngien, facial, pneumogastrique et accessoire de Willis, ainsi qu'à une branche inférieure du plexus cervical qui se porte aux muscles extérieurs des côtes, parce que ces nerfs sont unis ensemble par des connexions sympathiques très-intimes, nécessaires pour maintenir l'accord entre les nerfs nombreux qui concourent aux mouvemens d'inspiration et d'expiration, et qui doivent agir de concert dans les respirations difficiles, notamment dans les actes qui en dépendent, tels que la toux et l'éternuement. En coupant successivement chacun de ces nerfs, Bell est parvenu à diminuer successivement aussi les puissances respiratrices d'un animal, tout en laissant aux muscles, paralysés sous le rapport de la respiration, l'aptitude à exécuter d'autres mouvemens. Quoiqu'ils ne forment pas un faisceau unique à leur origine, ils sont distribués sur une ligne appartenant à une colonne distincte de la moelle épinière, savoir à une bandelette médullaire assez renflée, située derrière le corps olivaire et devant le corps restiforme, qu'on suit, sur le cordon rachidien, entre les sillons qui donnent naissance aux racines antérieures

et postérieures des nerfs spinaux. Cette bandelette, étroite en haut, s'élargit sous le pont de Varole, et, redevenant ensuite étroite, descend sur les parties latérales de la moelle épinière. Elle donne naissance successivement, et de haut en bas, aux nerfs facial, glosso-pharyngien, pneumo-gastrique, accessoire et diaphragmatique; probablement aussi, elle donne en bas les nerfs intercostaux et lombaires qui influencent les muscles des côtes et de l'abdomen.

RESTIFORME, adj., *restiformis.* On donne le nom de *corps restiformes* aux pédoncules du cervelet, qui naissent de chacune des parties latérales de la moelle épinière, à côté de l'endroit où doivent paraître dans la suite les éminences olivaires, et vont produire le cervelet.

RÉTICULAIRE, adj., *reticularis;* qui a l'aspect d'un réseau. On a donné cette épithète à la choroïde, que plusieurs anatomistes appellent *membrane réticulaire*, au corps muqueux de Malpighi interposé entre le derme et l'épiderme, et au tissu spongieux des os, lorsqu'il est filamenteux, comme dans la cavité médullaire des os longs.

RÉTINE, s. f., *retina;* nom de la troisième des membranes propres de l'œil, ainsi appelée à cause de sa texture éminemment vasculeuse et réticulaire. C'est une expansion molle et pulpeuse, qui double toute la cavité de la choroïde, qui se continue avec le nerf optique, et qui se termine, antérieurement, à l'extrémité postérieure du corps ciliaire, par un bord droit, plus ou moins sensiblement renflé, entre lequel et la capsule cristalline il n'existe aucune connexion.

La rétine est blanche, molle, mince, homogène, sans trace de fibres, et d'une égale épaisseur partout, à l'exception d'un seul point de son étendue en arrière. Elle est formée de deux feuillets, l'un externe médullaire, l'autre interne, composé de tissu cellulaire et de vaisseaux. Ce dernier sépare l'expansion nerveuse du corps vitré. On ne peut parvenir à isoler ces deux lames l'une de l'autre, de manière à obtenir l'externe seule, quoique l'interne se présente sous la forme d'une membrane liée et adhérente, lorsque la putréfaction a détruit la couche nerveuse. D'où il résulte qu'on ne saurait considérer la rétine comme le produit d'un assemblage de deux membranes particulières et distinctes l'une de l'autre. Mais on trouve réellement, sur sa face externe, une membrane très-mince, fort analogue aux séreuses, dont la découverte est due à l'anglais Jacob, et qui paraît être le siége des ossifications qu'on rencontre quelquefois entre la rétine et la choroïde.

Étendue sur le corps vitré, la rétine n'y forme aucun pli, si ce n'est dans un petit point de sa partie postérieure, à quelque distance de l'entrée du nerf optique, et au côté externe

de cette entrée. Là, se remarque effectivement un pli, une tache jaune, et une place ronde où la membrane est très-mince. Le pli est dirigé transversalement de dehors en dedans. Il commence à quelque distance ou immédiatement à côté de l'entrée du nerf optique, par une petite pointe, et se termine par une extrémité obtuse. Il a en général une ligne et demie ou deux lignes de long. Ordinairement il est simple, mais quelquefois aussi il est bifide. On ne le rencontre point chez certains sujets. Home assure même qu'il est toujours un produit de l'art, et que sa formation tient à l'union, plus intime que partout ailleurs, qui existe en cet endroit entre la rétine et la membrane hyaloïde. Mais ce qui prouve que cet anatomiste se trompe, c'est qu'on aperçoit le pli, lors même que les connexions entre les deux membranes n'ont point été altérées le moins du monde, et qu'il est beaucoup plus sensible dans la jeunesse que dans les périodes subséquentes de la vie.

Au même endroit, la rétine offre un tache jaune, de figure circulaire et de même grandeur. Cette tache est plus foncée au centre qu'à la circonférence. Elle a en général une ligne de haut sur une ligne et demie à deux lignes de large. Mais son étendue et son degré de coloration ne sont pas les mêmes partout. Ces deux particularités ne paraissent toutefois pas être nécessairement en rapport avec la faculté visuelle.

La rétine est beaucoup plus mince en cet endroit que dans le reste de son étendue. Elle l'est surtout dans le milieu de la tache jaune, où les uns admettent l'existence d'un trou, tandis que les autres pensent qu'il y a seulement une place presque entièrement dépourvue de substance médullaire, qui a de même une forme ovale, et qui est entourée de bords lisses, nettement tranchés. Cette place amincie ne devient bien apparente que quand on comprime le corps vitré pour repousser le pli en dehors et l'effacer.

Martegiani admet entre le corps vitré et la rétine un espace vide dont l'artère centrale occupe le milieu, et qu'il nomme *area Martegiani*, en l'honneur de son père. J. Cloquet semble croire à l'existence de ce vide, car il dit que la membrane hyaloïde se réfléchit sur elle-même au niveau de l'entrée du nerf optique dans l'œil, pour former un canal, qu'il propose d'appeler *hyaloïdien*, et qui traverse le corps vitré directement d'arrière en avant.

La rétine est l'organe immédiat de la vue. Magendie ayant reconnu qu'une aiguille portée sur elle ne produit qu'une sensation très-faible, que, même en la broyant, on n'excite qu'une douleur médiocre, et qui ne peut être comparée à celle qui survient quand on pique la surface de l'œil, conclut de là

que cette membrane ne jouit pas d'une sensibilité exquise, ainsi qu'on l'a toujours dit. Cette expérience prouve seulement qu'elle est peu sensible à l'actiou des excitans autres que la lumière; mais sa sensibilité particulière pour ce genre d'excitation doit être très-développée, puisqu'elle lui permet d'apercevoir un agent des plus subtils, dont la corporéité est même douteuse.

La rétine est beaucoup plus épaisse dans les premiers temps de la vie que dans ceux qui leur succèdent. Cette épaisseur ne dépend pas d'un développement plus considérable de son feuillet interne, et bien loin que la lame médullaire soit proportionnellement plus mince à cette époque, bien loin qu'il y ait alors moins de matière médullaire, comme l'a prétendu Brandis, cette substance est au contraire plus abondante, et de là vient le surcroît d'épaisseur que présente la membrane. Chez les vieillards, la rétine devient extrêmement mince, mais aussi plus ferme et plus résistante. On aperçoit déjà son pli dans l'embryon de six mois. Il a même, chez le fœtus à terme, une grandeur absolue plus considérable que chez l'adulte. La place mince est visible, mais sa teinte jaune ne paraît que quelque temps après la naissance. Peu à peu elle augmente d'intensité, mais elle redevient plus pâle par les progrès de l'âge. Il paraît aussi que l'accumulation des années s'accompagne d'une diminution très-régulière du pli, qui finit même par s'effacer tout à fait. Le développement moins prononcé de cette région chez les vieillards est à peu près en raison directe de la perte que la cornée transparente éprouve graduellement sous le rapport de la pellucidité.

Les altérations de texture de la rétine sont peu communes, ou du moins on les a rarement observées. L'ossification de cette membrane a été vue par Morgagni, Haller et Scarpa, et sa dégénérescence fibreuse par Magendie. Dans le cancer de l'œil, elle participe à la désorganisation qui s'est emparée de toutes les parties de l'appareil visuel. Ses maladies les plus fréquentes sont celles qui tiennent aux lésions de sa sensibilité, et qui produisent les diverses affections connues sous les noms d'amaurose, amblyopie, diplopie, hénéralopie, hémiopie, et nyctalopie.

RÉTRACTION, s. f.; action par laquelle une partie se resserre, se raccourcit. Les muscles se rétractent à la suite des amputations.

RÉVULSION, s. f., *revulsio*, *retractio*. Ce mot était employé autrefois pour désigner ce qui se passe quand, sous l'influence d'un agent quelconque, les humeurs sont retirées d'un point et attirées vers un autre. Opérer une révulsion, c'était donc déterminer une métastase. Les révulsifs étaient les

moyens propres à déterminer une métastase d'humeurs. Il y avait la révulsion de bas en haut, de droite à gauche, d'avant en arrière, de l'intérieur à l'extérieur. La révulsion différait de la dérivation en ce que, dans celle-ci, on dirigeait les humeurs vers un point, sans avoir pour but de les enlever d'un autre point, tandis que, dans celle-là, c'était principalement pour débarrasser une partie qu'on les appelait vers une autre : ainsi l'on stimulait un organe afin d'en exciter un autre vers lequel on voulait faire arriver le sang ; c'est ce qu'on appelait autrefois provoquer une excitation sympathique. On entend aujourd'hui par exciter une révulsion, la stimulation opérée sur un organe dans l'espoir de voir cesser l'irritation d'un autre organe ; la révulsion est ce changement lui-même dans le siége de l'irritation. Les révulsifs sont toujours des excitans, des irritans, des phlegmasiques ou des escarrifians.

Les préceptes relatifs à la révulsion ont été rassemblés avec clarté par Goupil. On ne doit, dit-il, jamais employer les révulsifs tant que la phlegmasie est accompagnée de fièvre ; on ne doit jamais les employer qu'après avoir mis en usage les émissions sanguines ; ce n'est qu'au déclin des inflammations aiguës qu'on peut les employer ; mais, à l'instant de l'invasion, ils peuvent être utiles, et prévenir le mal en le détournant vers un organe moins important que celui qu'il menaçait. En même temps qu'on applique les irritans à titre de révulsifs sur un point éloigné de l'organe malade, il faut agir sur celui-ci à l'aide des antiphlogistiques et des sédatifs. Dans les phlegmasies chroniques, les révulsifs ne doivent être employés que lorsqu'on est parvenu, à l'aide des antiphlogistiques, à faire cesser l'accélération sympathique du mouvement circulatoire. Quand on veut rétablir une phlegmasie qu'à fait cesser le développement d'une autre inflammation, il faut attaquer celle-ci par les antiphlogistiques avant de diriger contre celle-là des révulsifs. La révulsion manque ordinairement quand le sujet est pléthorique, l'irritation vive et ancienne ; l'excitation que l'on provoque dans l'espoir d'opérer la révulsion ajoute alors à l'irritation qu'on a voulu faire cesser. Les inflammations superficielles ne sont pas plus susceptibles de révulsion que les inflammations profondes. L'irritation locale augmente, par l'emploi des révulsifs, chez les sujets dont les nerfs sont très-sensibles et les organes de la circulation faciles à émouvoir. Quand l'irritation provoquée pour en faire cesser une autre exaspère celle-ci, il faut diriger des antiphlogistiques contre l'une et l'autre. Quand un organe est enflammé et un autre sur le point de s'enflammer, toute tentative de révulsion est ou nulle ou dangereuse, et plus souvent dangereuse que nulle. Il y a beaucoup à craindre de l'application

des irritans à titre de révulsifs, sur un organe important lié par son action à beaucoup d'autres; c'est pour cela qu'il est si dangereux de tenter une révulsion sur l'estomac et même sur les intestins. Toutes les fois qu'une surexcitation énergique, provoquée dans l'espoir d'opérer une révulsion, n'a pas ce résultat, elle accroît l'irritation qu'on voulait déplacer. Les révulsifs doivent être placés de préférence sur une partie qui soit l'antagoniste de la partie malade, ou qui la supplée dans quelque fonction. La révulsion de l'extérieur à l'intérieur est souvent funeste; celle qu'on provoque de l'intérieur à l'extérieur est au contraire toujours favorable, au moins à l'entretien de la vie, car elle peut être fort désagréable au sujet. Il ne faut pas provoquer de révulsion sur un organe connu pour agir souvent sympathiquement sur celui qu'on veut débarrasser d'une irritation. Quand une phlegmasie interne, venant à se développer, a fait cesser une phlegmasie externe, il faut appliquer les révulsifs sur le siége qu'occupait cette dernière.

Plus l'irritation est intense, et profonde, et plus on doit éloigner de l'organe qui en est le siége les révulsifs destinés à la déplacer. Pour opérer la révulsion d'une irritation sèche, d'une irritation avec flux séreux, muqueux, sanguin, purulent, il est bon de provoquer une irritation analogue dans le lieu où l'on veut que se fasse la révulsion. Toutes les fois que les révulsifs ne produisent pas la cessation désirée de l'irritation, si du moins ils ne l'exaspèrent pas, il faut en continuer l'emploi. Les irritations nerveuses sont plus faciles à déplacer que toutes les autres. Les révulsifs font cesser l'irritation hémorragique, même sans provoquer un écoulement sanguin, mais souvent cet écoulement artificiel est indispensable. Les révulsifs sont souvent employés pour combattre seulement l'extrême susceptibilité d'un organe menacé d'inflammation. Avant de tarir une source de suppuration, il faut établir une irritation suppurative. Attendre la révulsion des simples efforts de la nature, c'est s'exposer à voir s'étendre et se multiplier la phlegmasie. Lorsque la révulsion s'opère naturellement, il faut la respecter, la favoriser si elle a lieu d'un organe important sur un organe qui l'est peu; dans le cas contraire, il faut combattre activement, par les antiphlogistiques, l'irritation qui s'établit secondairement, et rétablir par des irritans directs l'irritation primitive.

Les moyens révulsifs sont ou simples, tels que les sinapismes, les ventouses, les frictions, l'acupuncture, ou avec tumeur et phlyctènes, comme l'urtication, la brûlure; avec écoulement de sérosité, les vésicatoires; de pus, les sétons, les cautères, le moxa, le fer chauffé jusqu'au blanc; de sang, les sangsues, les ven-

touses scarifiées. L'excitation produite par les sangsues et les ventouses scarifiées est passagère, affaiblie par la sortie du sang, et tout à fait propre à combattre les hémorragies. Ces deux derniers moyens sont de la plus grande utilité dans les phlegmasies près desquelles on peut les appliquer.

RHAGADE, s. f., nom donné à tout ulcère qui a la forme d'une fente ou d'une crevasse.

On observe des rhagades à la paume des mains, à la plante des pieds, entre les orteils, à l'entrée des narines, sur les lèvres et à leurs commissures, aux paupières, au prépuce, aux grandes lèvres de la vulve et à l'anus. Celles qui bordent les orifices sont parallèles à l'axe des cavités dont ces derniers sont l'aboutissant. Les autres offrent des directions différentes, et relatives aux plicatures naturelles de la peau.

L'irritation produite par la sérosité qui coule au début des coryzas et des ophthalmies, doit ulcérer les bords des parties que ce fluide touche. L'action d'un air sec et froid fendille la surface des lèvres. Le prépuce se déchire quand il est trop étroit pour céder à la pression qu'exerce sur lui le gland grossi par l'érection. La crasse qui s'accumule entre les orteils, et qui s'y mêle à l'exhalation cutanée, peut irriter la peau par son séjour prolongé, et finir par l'ulcérer. La sortie de matières dures et inégales, ou l'introduction forcée d'un corps trop volumineux, produisent aussi des fissures dans le sens de la distension. Enfin, la moindre cause suffit pour donner naissance à des rhagades lorsque la peau ou une membrane muqueuse extérieure vient à être frappée d'inflammation. Ce sont ces dernières qu'on désigne sous le nom de rhagades vénériennes, uniquement parce qu'elles surviennent chez des individus actuellement ou autrefois atteints de symptômes vénériens, car il n'existe pas d'autre signe auquel on puisse soupçonner leur prétendue origine vénérienne.

Les rhagades cutanées sont les plus simples et les moins dangereuses. La propreté seule parvient à les guérir en peu de temps, et les adoucissans calment bientôt les accidens inflammatoires dont elles sont quelquefois accompagnées. Si elles durent depuis long-temps, presque toujours elles ont désorganisé les parties environnantes, et pénétré même jusqu'aux os, qui sont frappés de carie. C'est alors le cas d'insister sur les émolliens, jusqu'à ce que la plaie soit redevenue simple, ce qui exige un temps plus ou moins long.

Le traitement des rhagades qui surviennent à l'entrée des cavités revêtues d'une membrane muqueuse, ne présente aucune indication particulière, si ce n'est toutefois à l'anus, dont la distension, souvent répétée, devient une source puissante

d'agravement. Ces rhagades, qui prennent alors le nom de fissures, ont été décrites à l'article ANUS.

RHEUMIQUE, adj.; nom donné par Henderson à un acide très-soluble dans l'eau, un peu déliquescent même, cristallisable en aiguilles très-blanches, qui dissout le mercure avec effervescence, et qui existe dans la rhubarbe, *rheum palmatum*. Lassaigne pense que c'est un mélange d'acide oxalique et d'un autre acide indéterminé.

RHODIUM, s. m.; métal ainsi appelé parce que ses sels communiquent une couleur rose à l'eau. On en doit la découverte à Wollaston. Il est d'un blanc brillant, cassant, et infusible au feu alimenté même par un courant d'oxigène. Sa pesanteur spécifique est de 11. Comme on n'a pas encore pu l'obtenir en culot, on ignore s'il est malléable. L'air n'exerce aucune action sur lui. Les acides nitrique et chloro-nitrique ne l'attaquent point. Il se combine difficilement avec l'oxigène; son oxide est jaune et gélatineux quand il est hydraté. Ce métal existe dans le minerai de platine; il est sans usages.

RHOMBOIDE, s. m. et adj., *rhomboïdes;* nom d'un muscle pair, situé à la partie supérieure du dos et au bas du cou, où il s'étend en travers, et de dehors en dedans, depuis la base de l'omoplate jusqu'à la fin du ligament cervical postérieur, à la septième vertèbre du cou, et aux quatre ou cinq premières du dos. Dirigé de haut en bas, aplati et un peu recourbé d'arrière en avant, il a une figure à peu près rhomboïdale, quoique son bord externe soit un peu plus court que l'interne. Recouvert par le trapèze, la peau et le grand dorsal, il couvre lui-même le petit dentelé postérieur et supérieur, le splénius du cou, le long dorsal, le sacro-lombaire, la troisième, la quatrième et la cinquième vraies côtes, et, dans leurs intervalles, les muscles intercostaux externes correspondans. Des fibres aponévrotiques, beaucoup plus longues en haut qu'en bas, le fixent à la colonne vertébrale, et d'autres plus courtes à l'interstice de la base de l'omoplate. Celles de ses fibres charnues supérieures qui s'attachent au dessus de la facette triangulaire de l'omoplate, forment un faisceau distinct, que plusieurs anatomistes ont appelé *rhomboïde du cou*, ou *petit rhomboïde*, tandis qu'ils ont appelé la portion inférieure *grand rhomboïde* ou *rhomboïde du dos*. Ce muscle élève l'omoplate en la tirant en arrière, et lui fait exécuter un léger mouvement de bascule qui porte son angle inférieur en arrière, le supérieur en avant, et l'antérieur en bas, avec l'épaule. S'il agit de concert avec le trapèze, qui empêche les mouvemens de bascule et de rotation de l'omoplate, il fixe directement cet os en arrière.

RHUBARBE, s. f., *rheum;* genre de plantes de l'ennéandrie trigynie, L., et de la famille des polygonées, J., qui a pour caractères : calice persistant, à six divisions alternativement grandes et petites; neuf étamines; ovaires à trois stigmates sessiles; une semence nue, triangulaire, bordée d'un feuillet membraneux.

On connaît une dixaine d'espèces de rhubarbes, toutes étrangères à l'Europe, quoiqu'on les y cultive pour la plupart avec assez d'avantage.

La *rhubarbe de Chine*, *rheum palmatum*, reconnaissable à ses feuilles palmées, dont les lobes sont aigus, croît dans le voisinage de la grande muraille chinoise. On trouve sa racine dans le commerce en morceaux cylindriques et arrondis, d'un jaune sale à l'extérieur, d'un tissu compacte, et garnis en dedans de marbrures briquetées. Elle a une saveur amère et une odeur bien sensible, teint la salive en jaune, et croque sous la dent. La couleur de sa poudre tient le milieu entre l'orangé et le jaune; sa pesanteur surpasse celle des autres espèces.

La *rhubarbe de Moscovie*, *rheum undulatum*, ainsi appelée à cause de ses feuilles ondulées, tire son autre nom de ce qu'elle nous vient de la Moscovie par la voie du commerce, quoiqu'elle n'y soit pas cultivée. Sa racine est en morceaux aplatis, mondés au vif, percés de grands trous, et d'un jaune plus vif à l'intérieur qu'à l'extérieur. Elle est plus compacte que les précédentes, moins facile à écraser entre les doigts, et marbrée de rouge, de jaune et de blanc; elle croque sous la dent, donne une poudre d'un jaune pur, teint la salive en jaune de safran, exhale une odeur très-sensible, et laisse dans la bouche une saveur amère et astringente.

Indépendamment de ces deux espèces commerciales, qui offrent plusieurs variétés peu importantes, on en trouve encore dans le commerce une autre provenant de la seconde ou peut-être aussi de la première des deux espèces botaniques précédentes, et qu'on désigne sous le nom de *rhubarbe d'Europe;* celle-là, d'une texture plus ligneuse, est en morceaux peu volumineux et plus longs que gros; elle offre des veines concentriques et radiées, très-serrées; elle a une saveur astringente, avec une odeur nauséabonde et désagréable, colore faiblement la salive en jaune, et croque peu sous la dent; sa poudre a une teinte rougeâtre.

Le *rhapontic*, *rheum rhaponticum*, qui croît sur le Caucase, a de très-larges et très-grandes feuilles épaisses; sa racine est rameuse et charnue, d'un rouge brun obscur, avec une odeur moins forte que celle des précédentes, et une saveur plus styptique. On s'en sert peu maintenant en médecine.

Des deux rhubarbes exotiques que fournit le commerce,

celle de Chine est moins estimée que celle de Moscovie, qui est soumise à un examen sévère avant d'entrer en Russie. Notre rhubarbe indigène pourrait les remplacer toutes deux avec avantage, mais en doublant la dose.

Toutes ces racines contiennent, dans des proportions différentes, les mêmes principes constituans qui sont: la *rhéine* ou *rhabarbarine*, substance colorante jaune, de nature particulière, insoluble dans l'eau froide, mais soluble dans l'eau chaude, l'alcool et l'éther; la caphopicrite, autre principe colorant, qui n'existe pas dans les rhubarbes indigènes selon Devaux; une huile fixe et douce, soluble dans l'alcool et l'éther, qui se rancit par la chaleur; un peu de gomme, une matière amylacée, du tannin, du ligneux, du surmalate de chaux, de l'oxalate de chaux, un peu de sel à base de potasse, beaucoup de sulfate de chaux et un peu d'oxide de fer; il y a moins d'oxalate calcaire dans celle de Moscovie que dans celle de Chine; celle de France contient davantage de tannin, qui est rougeâtre, et beaucoup plus de matière amylacée.

La rhubarbe est un médicament dont on fait fréquemment usage en médecine, et qui possède une propriété excitante, qui devient purgative à une certaine dose; deux gros de cette substance, bouillis dans un verre d'eau, provoquent, une heure ou deux après l'ingestion, une accélération marquée du pouls, avec accroissement sensible de la chaleur, des urines colorées en jaune rougeâtre, souvent des sueurs offrant la même teinte, surtout aux aisselles, des borborygmes, de légères coliques, et enfin plusieurs selles colorées en jaune; toutes les excrétions exhalent l'odeur de la rhubarbe pendant plus de vingt-quatre heures. A petite dose, au contraire, comme à celle de douze à vingt grains, cette substance ne purge pas, et ne fait que stimuler l'estomac, de manière à rendre l'appétit plus vif. Comme son action purgative est peu prononcée, on l'emploie surtout chez les enfans, les convalescens, les femmes et les personnes délicates, quoiqu'il soit difficile de masquer sa saveur amère et nauséabonde; lorsqu'on l'administre à titre de tonique, c'est ordinairement en poudre, mêlée avec la première cuillerée de soupe, à la dose de huit à douze grains; on la fait prendre aussi en infusion dans l'eau, en sirop et en teinture alcoolique. Quant aux cas dans lesquels on peut y avoir recours, nous renvoyons aux articles LAXATIF et TONIQUE.

RHUMATISMAL, adj., *rheumaticus*; se dit des *douleurs* qui caractérisent les rhumatismes, des maladies qui se manifestent chez les sujets affectés de rhumatisme, de la *fièvre* accompagnée de rhumatisme, du *principe*, du *vice* auquel on attribue la production du RHUMATISME.

RHUMATISME, s. m., *rheumatismus*, *rheumaticus affectus*. Après avoir été employé dans le sens étymologique de *rhume*, le mot *rhumatisme*, qui rappelle l'idée d'un afflux ou d'un écoulement, désigne aujourd'hui un état morbide caractérisé principalement par des douleurs errantes, ayant leur siége le long des membres et dans les grandes articulations, tandis que la goutte se fait sentir communément dans les articulations des doigts et des orteils. Barthez plaçait le siége spécial du rhumatisme dans les muscles et les tendons voisins des articulations, et dans les membranes aponévrotiques qui recouvrent les muscles du cou, du dos et des extrémités; le progrès des douleurs se fait, dit-il, sentir rapidement d'une jointure à l'autre, suivant la direction des muscles interposés; les personnes jeunes, pléthoriques, agitées de passions vives, chez qui la peau est spongieuse, y sont sujettes quand elles souffrent des cessations soudaines de la transpiration et des suppressions des évacuations de sang habituelles. Le rhumatisme n'est jamais sensiblement héréditaire ni *contagieux*, ajoute Barthez; il peut n'attaquer qu'une ou deux fois dans le cours de la vie, et ses attaques ne sont pas accompagnées d'une lésion particulière des organes digestifs. Telles sont les différences que le professeur de Montpellier établissait entre le rhumatisme et la goutte, à laquelle il assignait pour siége les ligamens, le périoste, et les autres parties voisines des articulations qui sont attenantes aux os. Donnons ici la description qu'il a tracée du rhumatisme, parce qu'elle est le sommaire de tout ce qu'on avait dit jusqu'à lui sur cette maladie.

Le *rhumatisme aigu* est quelquefois précédé et ordinairement suivi des symptômes d'accélération du mouvement circulatoire. Il commence d'ordinaire par un frisson, auquel succèdent la chaleur, des anxiétés, un pouls fréquent, plein et dur; un redoublement a lieu chaque soir, époque de la journée à laquelle la violence des douleurs augmente, et où elles se propagent d'une articulation à une autre. Quelquefois un frisson se fait sentir à plusieurs reprises le long de l'épine du dos. Quand on remue le membre malade, le sujet y ressent du refroidissement, et ensuite une douleur plus vive; le membre est-il tenu chaudement, la douleur change parfois de siége, et s'étend, quand elle est très-vive, à d'autres parties; sans diminuer dans la partie qui, la première a été douloureuse. Dans tous les cas de rhumatisme, dit Barthez, la douleur s'accroît lorsqu'on presse ou qu'on agite les parties souffrantes. Si on tire du sang par la lancette, il se couvre d'une couenne. La partie est chaude et âcre au toucher. Le malade y éprouve des variations violentes du chaud au froid, un sen-

timent de pesanteur et de lassitude; elle a perdu sa mobilité, et cette abolition du mouvement persiste quelquefois après la cessation de la douleur. Quand celle-ci a duré un certain temps, il se manifeste du gonflement et de la rougeur; la douleur diminue un peu, mais la pression la renouvelle. Des sueurs ont lieu sans soulagement; le ventre est resserré, l'urine enflammée, sans sédiment, et rendue en petite quantité; plus tard, elle dépose un sédiment briqueté, surtout quand il y a des rémissions plus marquées. Après quinze jours ou trois semaines, l'accélération de la circulation cesse, il survient un flux d'urine ou une sueur abondante, les douleurs deviennent plus modérées, circonscrites, et cessent, ou bien la maladie passe à l'état chronique. Dans la convalescence du rhumatisme aigu, les parties qui ont le plus souffert restent ordinairement sujettes à des retours de douleurs pour les causes les plus légères, et même sans causes apparentes.

Le *rhumatisme chronique* n'est, le plus souvent, que la prolongation du rhumatisme aigu. Il est presque toujours sans accélération du pouls, si ce n'est lorsque le marasme vient s'y joindre, par suite de l'excès des douleurs. Les parties douloureuses voisines des articulations, lorsqu'elles sont constamment souffrantes, ne présentent point de rougeur et peu de gonflement. Les membres affectés sont faibles, raides; ils se refroidissent spontanément; le froid y excite les douleurs, que la chaleur diminue. Quelquefois, il y a une certaine accélération de la circulation, les douleurs sont vagues, elles augmentent la nuit; alors les parties malades sont gonflées et rouges; la sueur qui s'y manifeste est froide et visqueuse, alors même que le reste du corps est couvert d'une sueur chaude et abondante. Le rhumatisme chronique sans accélération de la circulation se termine souvent par une diaphorèse général, ou par une autre évacuation, souvent sans aucun mouvement de ce genre.

Baillou, dit Barthez, a observé dans le cadavre d'un homme qui avait eu souvent des douleurs de rhumatisme aux épaules et aux bras, que tous les nerfs et les ligamens, c'est-à-dire les parties tendineuses des muscles qui avaient souffert ces douleurs, étaient infiltrés et pénétrés d'une sérosité visqueuse, et il ajoute qu'on observe la même chose dans des cas semblables. Drelincourt trouva une humeur gélatineuse concrète, au dessus des muscles, chez un homme qui était mort des suites du rhumatisme. Clapton Havers a vu deux faits semblables. Cullen a observé que le rhumatisme est quelquefois suivi d'épanchemens d'un fluide gélatineux dans les gaînes des tendons des muscles affectés, et que, dans des cas très-rares, il forme des tumeurs considérables ou permanentes

qu'il faut ouvrir; Stœrck a fait la même observation. Quand le rhumatisme se rapproche fort de la goutte, dit Barthez, il se produit des nodosités et des ankyloses, formées par une matière gypseuse, et des hydropisies articulaires. Dans des cas de ce genre, on a vu les urines charier une matière analogue, les tendons, les membranes, les chairs, acquérir la dureté des os.

Barthez voyait dans le rhumatisme une sorte d'inflammation particulière des parties musculeuses ou tendineuses, avec excès d'action de la force de situation fixe.

Pinel admet deux espèces de rhumatisme, l'un *musculaire*, inflammation des muscles, ou *myositis* de Sagar, et l'autre *fibreux*.

Le *rhumatisme musculaire* a, suivant lui, pour symptômes : d'abord un frisson suivi d'anxiété, de chaleur, d'un pouls dur et fréquent, avec des paroxysmes vers le soir ; puis une douleur dilacérante, fixe ou vague, qui se porte successivement avec la plus grande promptitude, dans les différentes parties du corps, a son siége dans le tissu propre des muscles, augmente quelquefois par le plus léger contact, par la moindre pression, ainsi que par la moindre secousse, et rend les mouvemens impossibles ou au moins très-douloureux ; un état de tension locale ; rarement du gonflement, et le changement de couleur de la peau. Lorsque le rhumatisme est général, il commence ordinairement par des lassitudes, des engourdissemens et des horripilations vagues, qui, en se prolongeant, donnent lieu à un frisson assez intense ; à ce frisson, succède une chaleur vive, qui dure pendant un temps varié ; alors se manifestent des douleurs très-vives ; il y a céphalalgie, coloration de la face, soif, sécheresse de la peau, urine rouge, insomnie. La durée de ces symptômes varie de cinq à soixante jours ; leur terminaison a lieu par résolution, par une sorte d'exsudation gélatineuse, et rarement par la suppuration. La résolution s'accompagne de sueurs générales, d'une urine briquetée, d'une éruption analogue aux piqûres de puces ; il n'est pas rare de voir la maladie passer à l'état chronique.

Le rhumatisme musculaire chronique, ajoute Pinel, n'est ordinairement ni précédé ni accompagné de fièvre ; la douleur est moins vive, et se renouvelle à des époques irrégulières ; elle est accompagnée, tantôt d'un sentiment de froid, et tantôt d'un sentiment de chaleur ; on ressent une faiblesse plus ou moins grande dans les mouvemens ; la durée de ces symptômes est longue et indéterminée ; il leur succède quelquefois un état de paralysie.

Le *rhumatisme fibreux* est, dit Pinel, ordinairement précédé de frisson ; les douleurs suivent le trajet du tissu fibreux ;

elles sont aiguës, déchirantes, arrachent souvent des cris au malade, et suspendent tous les mouvemens des parties affectées; toutes les parties voisines, et quelquefois tous les membres se gonflent; les douleurs se propagent le long des tissus fibreux; elles augmentent surtout par les mouvemens qui en opèrent la distension; le pouls est dur et fréquent, la peau chaude et sèche, surtout sur les parties affectées; il y a soif, sécheresse de la bouche, céphalalgie, rougeur de la face, insomnie, lésion dans les sécrétions. Ce rhumatisme jouit de beaucoup de mobilité; les douleurs passent avec une rapidité étonnante d'une partie à une autre. Quand il est aigu, il est ordinairement nuancé par des lassitudes, des engourdissemens dans les parties qui doivent en être le siége; avec une douleur obscure qui ne tarde pas à se développer; cette douleur est aiguë, et suspend le mouvement des parties qui en sont le siége, la fièvre est intense. Cet état dure de sept à soixante jours; il se termine par résolution, et jamais par suppuration; on n'a pas encore d'observation de son passage à la gangrène; il a une tendance à devenir chronique, et il est très-sujet à récidiver.

Le rhumatisme fibreux chronique est caractérisé par une douleur moins vive, plus supportable; on ne remarque point de fièvre, mais les articulations sont raides, et les mouvemens incommodes; il est d'autant plus rebelle qu'il est plus ancien; il s'exaspère quelquefois par accès, et présente alors tous les caractères du rhumatisme aigu; il peut entraîner après lui l'immobilité des membres affectés et leur ankylose, s'il est très-ancien, et s'il attaque des sujets âgés ou qui ont éprouvé tout ce qui tend à diminuer l'action musculaire.

Chomel rejette la distinction du rhumatisme en musculaire et fibreux; suivant lui, tout porte à croire que le rhumatisme a son siége dans les muscles, puisque, dans cette maladie, leur contraction ne peut avoir lieu sans accroître la douleur. Quant à la question de savoir si le rhumatisme est borné à la portion charnue ou fibreuse des muscles, on ne connaît aucun fait qui prouve rigoureusement que cette affection puisse avoir son siége dans les parties charnues seulement; on peut seulement le présumer, puisqu'elle a lieu fréquemment dans toute la région du grand pectoral, et qu'alors le mouvement et la plus légère pression augmentent la douleur, et qu'on l'observe également dans les muscles étendus de la crête iliaque aux dernières côtes. Il est plus facile de démontrer, dit-il, que le tissu fibreux peut en être le siége. Chez deux malades, le rhumatisme occupe le ligament inférieur de la rotule; chez deux autres, les bords de cet os; chez plusieurs, l'insertion du deltoïde à l'humérus; chez un autre, celle du tendon d'Achille au calcanéum; chez d'autres, les articulations des phalanges

et la continuité des os, toutes parties principalement fibreuses; enfin, c'est, ajoute-t-il, dans les endroits où il y a le plus de tendons et d'aponévroses que la maladie sévit avec le plus d'intensité.

Que penser du rhumatisme du périoste, de la dure-mère, de la sclérotique?

Le rhumatisme peut-il avoir son siége dans les membranes synoviales? Si ce fait n'est pas constant, il a du moins été observé, et par Chomel lui-même, car il a trouvé chez un malade qui avait succombé à la Charité, et chez deux autres qui moururent à l'Hôtel-Dieu, après avoir eu les articulations gonflées et très-douloureuses, les membranes synoviales enflammées et des épanchemens purulens dans les cavités articulaires. Le même auteur rapporte qu'un homme admis à l'Hôtel-Dieu pour un hydrothorax, y mourut trois jours après; il avait présenté quelques symptômes de rhumatisme à la cuisse. On trouva des foyers purulens depuis l'aine jusqu'au genou; l'intérieur de l'articulation contenait beaucoup de pus moins épais; il y avait communication entre la cavité articulaire et les abcès de la cuisse; ainsi que Lieutaud et Desault, Chomel a trouvé les muscles desséchés, arides et ressemblans à des tendons, chez une femme qui avait éprouvé un rhumatisme chronique avec une contracture. Outre ces altérations et celles que nous avons rapportées plus haut d'après Barthez, divers auteurs, Baillou, Baglivi et Plater, ont trouvé du sang infiltré dans les interstices des muscles lombaires; Morgagni a trouvé une couleur brune dans ces mêmes muscles chez un jeune homme à la suite d'un rhumatisme chronique. Chomel a ouvert six cadavres de sujets morts avec des symptômes de rhumatisme chronique; sur trois, il n'a rien trouvé dans les articulations ni dans les muscles; chez trois autres, il y avait des ulcérations superficielles des cartilages qui revêtent les surfaces articulaires; chez deux, la substance cartilagineuse était remplacée dans quelques points par un tissu cellulaire rougeâtre, vasculeux, facile à enlever, et présentant l'os à nu au dessous. Morgagni et Latour avaient vu des faits analogues. Chez ces deux sujets, le tissu cellulaire extérieur à la membrane synoviale offrait une couleur rouge ou livide, comme si du sang y eût été épanché, et surtout au dessus des ligamens inter-articulaires de la hanche et du genou; chez un seul, la partie de la capsule synoviale qui n'est pas recouverte par les cartilages articulaires, à l'humérus, au fémur, au tibia, au péroné, paraissait soulevée, et présentait un certain nombre de trous de grandeur variée, exactement circulaires, comme s'ils eussent été faits avec un emporte-pièce; quelques-uns offraient un diamètre de deux lignes; d'autres n'en avaient que la moitié ou le quart; au dessous de

7.

la membrane synoviale soulevée, le tissu compacte de l'os avait disparu; on voyait à nu le tissu celluleux, qui n'était ni mou, ni friable, si ce n'est à l'articulation du péroné avec le pied; toutes les articulations où l'on observa cette altération de la membrane synoviale, marquée surtout sur le col de l'humérus, contenaient du sang ou de la sérosité sanguinolente.

Sans croire tirer aucune conclusion de ces faits, Chomel pense que le rhumatisme ne peut être mieux placé qu'à la fin de la classe des phlegmasies, avec lesquelles il a, dit-il, plus d'analogie qu'avec toute autre affection, et immédiatement avant celle des hémorragies, avec laquelle il a aussi des connexions intimes, notamment par ses fréquens retours et sa mobilité. Déjà Stahl avait rangé le rhumatisme parmi les efforts hémorragiques. Pinel l'a classé dans le dernier ordre de la classe des phlegmasies, après les inflammations des parenchymes, avant la goutte.

Roche pense que le rhumatisme articulaire ou fibreux et la goutte sont la même affection sous deux noms différens, qu'il n'existe pas plus de principe rhumatismal que de principe goutteux; que ces phlegmasies consistent l'une et l'autre dans l'inflammation du système fibro-séreux des articulations, et qu'on doit les réunir sous une dénomination commune. Leur mobilité, dit-il, est due à l'action d'un stimulus qui agit sur un point éloigné, à l'activité des sympathies qui unissent tous les points du système fibro-séreux entre eux et avec des tissus analogues, enfin, au peu d'adhérence de l'inflammation dans ce tissu.

Pour confirmer cette opinion, qui réunit toutes les probabilités en sa faveur, il reste à déterminer, par l'anatomie pathologique et l'observation clinique, les signes distinctifs et les altérations des capsules synoviales, des ligamens articulaires, des tendons, du tissu cellulaire avoisinant, et des cartilages, lorsque ces parties sont enflammées isolément, si cela peut arriver en effet. Il faut aussi que l'on sache définitivement à quoi s'en tenir sur l'inflammation musculaire. Il y a d'importantes recherches à faire sur ces divers points d'anatomie et de physiologie pathologiques. Alors seulement on pourra tracer d'une manière satisfaisante l'histoire complète de l'ARTHRITE.

En attendant les recherches des anatomistes, il serait à désirer que les praticiens nous donnassent une bonne description du rhumatisme *articulaire* dans lequel la douleur se fait sentir autour ou dans les articulations, et du rhumatisme *inter-articulaire*, c'est-à-dire, de celui dans lequel la douleur est rapportée au centre des muscles. Ce dernier est celui que l'on est exposé à confondre avec les névralgies, parce que, comme elle, il suit la direction des membres.

On a donné le nom de *général* au rhumatisme qui envahit toutes ou du moins la plupart des articulations en même temps, ou qui s'étend à la plupart d'entre elles dans un temps fort court; *latéral*, quand il n'occupe qu'un seul côté du corps; *supérieur* ou *inférieur*, selon qu'il a son siége dans les parties sus ou sous-diaphragmatiques; *partiel*, toutes les fois qu'il ne s'étend qu'à une ou plusieurs parties du corps; *génal*, lorsqu'il a son siége dans les joues; *lumbago*, quand il a son siége à la région lombaire; *sciatique*, quand il occupe la cuisse; *pleurodynie*, quand il a pour siége les muscles intercostaux: *torticolis*, quand il est borné aux muscles du cou.

Chomel rapporte que, sur cent deux rhumatismes, vingt-deux occupaient simultanément quelques articulations des membres, ou se portaient vaguement dans diverses parties du corps; vingt-deux occupaient les membres inférieurs; douze, les membres supérieurs; onze, le tronc; onze, tout le corps; onze en même temps quelques articulations des membres supérieurs et inférieurs; neuf, la colonne vertébrale; trois, un des côtés du corps. Le rhumatisme des parois thoraciques coïncidait avec celui des membres supérieurs, et celui des parois de l'abdomen avec celui des membres pelviens, quand il y avait affection simultanée du tronc et des membres.

Sous le nom de *rhumatisme interne*, on désigne des douleurs vagues, errantes, passagères, qui se font sentir dans le crâne, les orbites, les oreilles, la poitrine ou le bas-ventre, soit chez les personnes qui ont éprouvé des douleurs dans les articulations ou la continuité des membres, soit chez des sujets dont les membres et les articulations n'ont jamais été douloureux. On suppose que ces douleurs ont pour siége la dure-mère, le périoste, la sclérotique, la membrane qui revêt la caisse du tympan, le muscle triangulaire du sternum, les parties fibreuses du conduit aérien, le péricarde, le cœur, l'œsophage, l'estomac, les intestins, la vessie; ce sont de simples présomptions. Si l'on connaît à peine le siége précis du rhumatisme extérieur, comment connaître celui du rhumatisme interne? cependant celui-ci mérite d'être étudié avec beaucoup de soin. Quand on a lu avec attention tout ce qui a été dit sur ces douleurs vagabondes des cavités, on demeure persuadé, non pas que le rhumatisme peut se porter de l'extérieur à l'intérieur, comme on le dit, mais que les viscères comme les membres sont sujets à des douleurs erratiques, auxquelles on a cru devoir donner le nom de rhumatisme, parce qu'elles alternent avec les douleurs errantes des membres, et leur succèdent assez souvent. Ces douleurs internes ne sont évidemment que le symptôme d'irritations viscérales fugaces ou chroniques.

Le rhumatisme, alors même qu'il s'étend à plusieurs aticulations, peut n'être compliqué d'aucune autre irritation, et pourtant, en raison de son étendue et de la douleur qu'il cause, donner lieu à l'accélération de la circulation; alors la peau est chaude et halitueuse, le pouls plein, dur et tendu. Si, au rhumatisme, c'est-à-dire, à l'irritation synoviale, fibreuse ou musculaire, se joint la gastrite ou la gastro-entérite, ce qui a fréquemment lieu, la peau est non seulement chaude, mais encore âcre, et il y a tous les signes de l'irritation des voies digestives. C'est dans ce cas surtout qu'on a observé les constipations opiniâtres qui désolent les rhumatisans, ce qui a lieu également quelquefois dans le rhumatisme chronique.

Si les douleurs et les gonflemens du rhumatisme aigu, appelé général, n'étaient pas aussi faciles à distinguer; s'il n'était pas si aisé d'en assigner le siége ou du moins la région, cette maladie aurait passé pendant plus de temps pour une fièvre, tandis que Chomel lui-même a renoncé à la *fièvre rhumatismale*. D'un autre côté, trompé par la différence notable que présente le rhumatisme chronique, ordinairement dépourvu de phénomènes lymphatiques, Cullen voulait qu'on le considérât, en quelque sorte, comme une maladie particulière, à laquelle il donnait le nom d'*arthrodynie*.

Sur soixante-treize rhumatisans, Chomel rapporte que trente-cinq furent affectés de cette maladie pour la première fois de quinze à trente ans; vingt-deux de trente à quarante-cinq ans; sept de quarante-cinq à soixante ans; sept passé la soixantième année; deux avant la quinzième; l'un à neuf ans, l'autre à huit ans.

Sur ce même nombre, cinquante-quatre offraient les attributs du tempérament sanguin; dix-huit ceux du tempérament lymphatique; quelques-uns ceux du tempérament bilieux; un plus petit nombre les traits du tempérament nerveux. La plupart étaient d'une constitution robuste, et ils avaient un embonpoint médiocre, les cheveux châtains, le teint clair et animé, la stature moyenne ou petite; un dixième environ avait une large poitrine, un grand abdomen.

Hoffmann s'est trompé quand il a dit que les femmes étaient plus souvent affectées du rhumatisme que les hommes. Cette maladie est surtout commune chez les hommes adonnés aux travaux pénibles, qui provoquent la sueur, et exposent à des suspensions de la transpiration; on l'observe fréquemment chez les personnes qui se livrent à des marches forcées en bravant toutes les variations de l'atmosphère, et qui couchent en plein air, soit dans la saison froide et humide, soit durant les nuits fraîches des pays chauds, ou dans l'été.

On observe le rhumatisme principalement en hiver et dans

l'automne, parfois en été, rarement au printemps; la proportion est, selon Chomel, de vingt-quatre, dix-huit, douze à quatre. Nous dirons, à cette occasion, que les sujets disposés au rhumatisme le contractent indifféremment dans toutes les saisons, lorsqu'elles se trouvent soumises à l'empire des conditions qui le font éclore; mais une fois qu'on en a été affecté, si on conserve de la sensibilité dans les articulations et les muscles, c'est surtout l'automne qui réveille les douleurs; il en est de même pour tout rhumatisme chronique.

Il est plus commun dans les pays tempérés, sujets à des changemens brusques de la température, que dans les pays très-chauds ou très-froids; les habitans de ceux-ci, instruits par l'expérience, se préservent de ces deux extrêmes, soit par les fourrures et le feu, soit par les vêtemens longs, larges et flottans. On l'observe surtout dans les pays humides, brumeux, et quand règnent les vents du sud et de l'ouest, qui accompagnent si souvent l'humidité de l'atmosphère. Sur cent rhumatismes, disait Bosquillon, il y en a quatre-vingt-dix-neuf qui sont dus au froid, il fallait dire au refroidissement. Il suffit, en effet, d'être plongé dans l'eau froide, d'y mettre même seulement les pieds, de s'exposer à la pluie, de conserver sur soi un vêtement mouillé, de dormir ou même de se reposer quelques instans sur un sol frais et surtout humide, ou de changer prématurément ses vêtemens d'hiver contre des vêtemens d'été, et d'ôter son habit afin de se rafraîchir, pendant les chaleurs brûlantes de l'été, pour être subitement saisi du rhumatisme, ou pour le voir se renouveler, si déjà on y est sujet.

Les abus dans le régime alimentaire, et les excès dans les boissons disposent à la goutte plus qu'au rhumatisme, entendant par celui-ci la phlegmasie des muscles ou des grandes articulations seulement; mais il n'est pas douteux que la sobriété n'en préserve, et ne prévienne le retour des souffrances que fait éprouver cette maladie. Le cidre et la bière n'ont d'ailleurs pas seuls le privilége de provoquer le rhumatisme. L'abus des liqueurs alcooliques a bien plus d'influence sur sa production, si toutefois on doit donner le nom de rhumatisme aux vives douleurs que les ivrognes ressentent le long d'un membre, souvent dans tout un côté du corps, douleurs semi-paralytiques, qui, selon nous, sont le signe d'une phlegmasie cérébrale chronique.

Outre la cessation subite de la transpiration cutanée générale, le refroidissement d'une petite partie de la plante des pieds, par exemple chez les personnes qui ont la mauvaise habitude de marcher nu-pieds le matin ou le soir, la réfrigération d'une partie quelconque, la suppression de la sueur de cette même partie par un moyen quelconque, de la surface du corps

par un vent frais, par un courant d'air qui agit à la manière d'une douche; la suppression de l'épistaxis, d'une hémoptysie, des hémorroïdes, des menstrues, des flueurs blanches, des lochies, du lait, des dartres, des vésicatoires, des sétons, des cautères, peuvent encore déterminer le rhumatisme, ou sont déterminés par son développement occasioné par le froid.

On le voit survenir à la suite d'émissions trop souvent répétées du sperme, par excès du coït ou par masturbation, de saignées abondantes ou réitérées. Il n'est pas étonnant que le plaisir vénérien soit susceptible de déterminer l'invasion ou le retour du rhumatisme, puisque cet acte occasione si souvent un sentiment de fatigue douloureux dans les articulations et le long des membres chez les personnes qui d'ailleurs se portent le mieux.

Toute partie, qui a été le siége d'une plaie, d'une contusion, d'une entorse, d'une luxation, d'une fracture, est prédisposée à devenir douloureuse; et si le sujet contracte un rhumatisme, celui-ci a lieu de préférence dans cette partie; souvent même on ne peut assigner à beaucoup de douleurs, dites rhumatismales, que l'une ou l'autre de ces circonstances et un simple changement dans l'atmosphère. Quoi qu'en dise Chomel, il n'est rien de plus ordinaire que de voir les rhumatisans annoncer, par le retour de leurs douleurs, les changemens du chaud et du sec au froid et à l'humide.

Haygarth pense que le rhumatisme se développe une heure, ou même une demi-heure, le plus souvent un ou deux jours après l'application de la cause déterminante, jamais au delà du sixième jour; Giannini disait l'avoir vu se manifester après un intervalle de quinze jours; Chomel l'a vu ordinairement se faire sentir après une espace de douze à vingt-quatre heures, et nous avons fait la même observation, quoique d'ailleurs nous soyons certain que le rhumatisme peut se manifester pendant que le refroidissement qui le cause dure encore.

On a vu, dit-on, le rhumatisme se manifester dans le cours du typhus, de la péripneumonie, et de diverses maladies chroniques, au déclin de diverses maladies, durant la convalescence, par l'influence d'un traitement perturbateur, par l'usage, entre autres, des astringens dans la diarrhée, du quinquina dès les premiers accès d'une fièvre intermittente bénigne.

Les douleurs ressenties aux articulations et le long des membres dans l'hystérie, le scorbut, la syphilis, les maladies vermineuses, les altérations de structure des ganglions lymphatiques, du mésentère, du pancréas, du pylore, des reins, de la veine cave et des autres viscères du bas-ventre, dans la colique métallique et à la suite de cette maladie, dans l'hy-

drothorax, la néphrite, l'anévrysme de l'aorte ou de l'artère pulmonaire, la rupture de l'œsophage, le rachitisme, les abcès qui se manifestent chez les nouvelles accouchées et chez les nourrices, dans l'ergotisme, chez les femmes enceintes, à la suite d'efforts violens, étaient jadis regardées comme autant de rhumatismes symptomatiques; aujourd'hui, on n'en parle plus, par cela seul que ce sont des phénomènes morbides sympathiques, et l'on oublie que tout organe souffrant est un organe malade. Chomel veut que l'on distingue les douleurs rhumatismales, non-seulement des douleurs goutteuses, mais encore des douleurs syphilitiques qui, dit-il, se font sentir presque exclusivement la nuit, augmentent peu par la pression et le mouvement, n'empêchent jamais complétement celui-ci, succèdent à des maladies vénériennes, ordinairement mal traitées, et sont souvent accompagnées d'exostoses et d'autres symptômes. Faut-il donc considérer ces douleurs comme n'ayant rien du rhumatisme, et tenant en totalité de la syphilis? Une douleur vague, passagère, dans une articulation, dans un membre, n'est-elle pas toujours le résultat d'une même modification organique, alors même qu'elle dépend de causes différentes? On doit en dire autant des douleurs scorbutiques. A l'égard des douleurs nerveuses ou névralgies, on les reconnaît et on les distingue du rhumatisme en ce qu'elles suivent la direction connue d'un nerf principal, et en ce qu'elles sont souvent accompagnées de mouvemens irréguliers ou manifestement convulsifs, dans la partie musculaire, voisine du nerf irrité. Rien n'est plus singulier que les douleurs dues ou du moins liées à la présence des vers dans le canal digestif; elles sont fort irrégulières, et n'ont guère lieu que chez des enfans, avant l'âge où ils peuvent être affectés de rhumatisme; les douleurs métalliques ne sont guère moins inexplicables, à moins qu'on admette que les unes et les autres, et celles qui ont lieu, à un plus ou moins haut degré d'intensité, dans toutes les irritations de l'estomac et des intestins, sont le résultat d'une sympathie, résultat de l'organisation, d'une loi primordiale, entre les voies digestives et les membres.

Le rhumatisme, en général, est facile à reconnaître; mais un observateur inattentif peut prendre une pleurodynie pour une pleurésie, un lumbago pour une néphrite, une sciatique rhumatismale pour la névralgie sciatique; il serait encore plus grave de tomber dans l'erreur opposée.

Les tumeurs blanches, la carie des articulations, l'HYDRARTHRE, l'ARTHROCACE, en un mot, tel est le plus fâcheux résultat du rhumatisme articulaire chronique; il faut donc tâcher de prévenir le passage du rhumatisme aigu à ce type redoutable, et lorsqu'on n'a pu l'empêcher, s'attacher à conserver au

rhumatisme ambulant son caractère vagaboud, de peur qu'une articulation ne finisse par s'affecter au plus haut degré de gravité.

L'ignorance du médecin, a dit Baillou, est une seconde maladie pour le malade. Tel de nos confrères, partant de cette sentence, vraie sous tous les rapports, a fini par regarder comme indifférent le choix des méthodes de traitement. C'est au contraire une raison de plus pour rechercher avec soin, d'abord celle qui sert. Roche a tracé en peu de mots la meilleure marche à suivre dans le traitement du rhumatisme.

Écarter les causes, et pour cela entretenir autour du malade une température douce et uniforme; diminuer, et, dans les cas graves, retrancher les alimens; choisir ceux qu'on accorde parmi les moins capables d'exciter vivement les voies digestives; proscrire toute boisson stimulante; puis chercher à rappeler les exanthèmes, les écoulemens supprimés, mais seulement après avoir attaqué localement le rhumatisme par les antiphlogistiques; combattre l'irritation qui constitue le rhumatisme, jusqu'à ce qu'on l'ait détruite, tel est le principal but, après l'éloignement des causes, et pour cela, il faut avoir recours à la saignée générale et locale, aux boissons adoucissantes, au régime et aux topiques émolliens, ensuite aux révulsifs.

La saignée générale a été recommandée d'une manière trop générale dans le rhumatisme; quand elle est très-abondante, elle tire plus de sang qu'il ne faut de tout le système circulatoire, et pas assez de la partie affectée; ce dernier inconvénient est encore plus marqué quand on ne fait qu'une petite saignée. Ce moyen ne doit être employé que pour assurer l'effet des sangsues subséquemment appliquées, et seulement chez les sujets pléthoriques, ou lorsque la douleur est très-vive, la chaleur très-intense, et l'affection étendue à plusieurs articulations. Alors quelquefois la saignée suffit; mais, le plus ordinairement, on est obligé d'en venir à l'application des sangsues.

Chomel a donné de fort bons préceptes pour l'emploi des saignées locales. Elles diminuent, dit-il, presque constamment l'intensité des douleurs dans le lieu où on les fait; tous les malades chez lesquels je les ai vu employer ont éprouvé un soulagement prompt et sensible; elles ont, dans la pleurodynie, le torticolis, une efficacité très-marquée; en considérant le rhumatisme vague comme une série d'affections locales, je suis porté à croire, ajoute-t-il, qu'en diminuant l'intensité de chacune de ces affections par les saignées locales, on rendrait la maladie plus courte et plus légère. Ensuite il propose, à l'exemple de Pringle, de faire appliquer les sangsues, ordinairement au nombre de quatre ou cinq, sur la partie malade,

et de répéter ce moyen pendant trois ou quatre jours de suite, puis de mettre de plus en plus d'intervalles entre les applications, en diminuant successivement le nombre de ces animaux. Ce procédé est insuffisant; il faut appliquer au moins dix sangsues, et souvent il faut aller jusqu'à vingt, pour obtenir un bon effet. Pour l'ordinaire, alors, la douleur diminue dans la partie; si ensuite, ce qui arrive fort souvent, elle reparaît dans une autre articulation, il faut sans délai y appliquer de nouvelles sangsues, et poursuivre ainsi le mal dans tous les endroits où il se montre.

Les ventouses scarifiées sont très-inférieures aux sangsues dans le traitement, car la pression opérée par leur bord est insupportable, et il est difficile de tirer beaucoup de sang sans faire des incisions profondes, qui ne sont pas sans inconvénient.

Le petit-lait, l'eau gommée, l'eau acidulée, la diète, ou seulement de légers potages maigres, seront prescrits en même temps.

Si l'estomac ou le canal intestinal donne des signes d'irritation, il importe d'appliquer des sangsues à l'abdomen, et de recommander la diète absolue; parfois ces moyens produisent plus d'effet que les sangsues appliquées sur les articulations ou la partie douloureuse des membres. C'est qu'alors l'irritation gastrique était primitive, et celle des membres sympathique; mais il ne faut pas conclure de là qu'il en est toujours ainsi.

Les topiques émolliens, c'est-à-dire chauds et humides, sont de peu d'utilité dans le rhumatisme aigu, celui dont il s'agit maintenant. Les cataplasmes sont pesans, et par là douloureux; les lotions sont trop chaudes. Peut-être l'eau froide en arrosoir, long-temps continuée, serait-elle le meilleur topique. Les applications chaudes semblent presque toujours augmenter, en pareil cas, l'afflux du sang et la chaleur morbide.

Tel est le traitement du rhumatisme aigu; nous ne pensons pas que l'on doive jamais s'abstenir d'appliquer des sangsues, sous prétexte que le mal est léger, car cette maladie est si rebelle, quand une fois elle est passée à l'état chronique, que l'on ne doit rien négliger pour faire cesser promptement la plus légère douleur articulaire, ou située le long d'un membre. A l'égard de la constipation, qui accompagne si souvent le rhumatisme, elle cède aux antiphlogistiques dirigés contre la gastro-entérite, quand celle-ci a lieu; elle réclame l'emploi de l'huile de ricin, du petit-lait avec un sel neutre, de la manne, du tamarin, quand les voies digestives sont sans irritation.

L'administration de l'émétique à petites doses, plusieurs fois

répétées chaque jour, de manière que le malade en prenne quatre, cinq ou six grains, employée par Vidal, Rasori et Laënnec, est quelquefois utile, dit-on, mais seulement quand les voies digestives ne sont pas irritées, et il faut s'arrêter dès qu'il se manifeste de la soif, des nausées, du dégoût, de la céphalalgie, de la diarrhée. On prétend que cette méthode est plus courte : cela peut être; mais, à coup sûr, elle est plus périlleuse.

Les sudorifiques, les narcotiques, que l'on a donnés si souvent dans le cours du rhumatisme aigu, augmentent la constipation, font naître, développent et accroissent l'irritation des voies digestives, et ne guérissent point la maladie, quand une fois elle est établie. Les sudorifiques l'ont quelquefois fait avorter, mais seulement quand elle était absolument à son début; et puisque les sueurs spontanées qui accompagnent ordinairement le rhumatisme ne sont suivies, dans le plus grand nombre des cas, d'aucun soulagement, la nature elle-même nous dit qu'il est inutile de chercher à provoquer cette évacuation. Les bains de vapeurs seraient le meilleur moyen de la provoquer; n'est-ce pas agir contre tous les principes que de déterminer l'afflux du sang de l'intérieur à l'extérieur dans une maladie sous-cutanée?

Les narcotiques pallient la douleur passagèrement, engourdissent la sensibilité, par l'afflux du sang qu'ils déterminent vers le cerveau : c'est évidemment le genre de dérivation le moins avantageux; à l'extérieur, c'est un palliatif souvent impuissant, et qui masque les progrès du mal, quand il calme la douleur.

Le quinquina n'est utile, dans le rhumatisme aigu, que lorsque celui-ci est intermittent. On peut quelquefois l'employer avec succès quand, à l'aide des émissions sanguines, on a procuré une rémission marquée. Levillain l'a employé très-heureusement dans un cas de ce genre.

Une précaution importante, dans le traitement du rhumatisme aigu, c'est de ne jamais se hâter d'appliquer des vésicatoires sur la partie douloureuse; nous avons vu maintes fois cette pratique prolonger l'irritation au lieu de la faire cesser; nous ne voulons pas nier l'utilité de ce moyen dans plusieurs cas, mais il est difficile de bien saisir l'instant favorable.

Le rhumatisme chronique doit être traité d'après les mêmes principes que le rhumatisme aigu. Mais la saignée générale est rarement indiquée, les sangsues doivent être appliquées d'abord en grand, puis en petit nombre, et avec une grande persévérance, qui n'est pas toujours récompensée par le succès. Il faut joindre aux émissions sanguines locales, et faire alterner avec elles, les vésicatoires volans, les ventouses, les moxas,

les raies de feu, les bains, les douches d'eaux thermales minérales, les douches de vapeurs, et bien souvent on échoue. Les sudorifiques, l'huile de térébenthine, l'acupuncture, sont autant de moyens qui comptent des succès qu'on a fait sonner bien haut dans les journaux; ces moyens sont en effet quelquefois utiles; mais il est impossible de dire précisément dans quels cas; l'empirisme seul en justifie donc l'emploi. On doit en dire autant du colchique, de la gratiole, de la belladone, de la ciguë, de la clématite et de l'aconit, qui, dit-on, font merveilles dans le rhumatisme chronique. Ajoutons à cette longue liste les frictions mercurielles, qui donnent des douleurs plus souvent qu'elles n'en ôtent; l'électricité qui, comme on sait, guérissait autrefois tous les maux; les frictions, les fumigations camphrées, alcooliques, éthérées, aromatiques, résineuses, l'urtication, la flagellation, les ventouses sèches, les bains de marc de raisin. Tous ces moyens ont été quelquefois employés avec succès, et, quand on a épuisé les antiphlogistiques directs, on n'a rien de mieux à faire que de parcourir le cercle de ces divers moyens révulsifs, dans l'espoir, souvent trompé, de trouver le plus efficace, relativement au cas dont il s'agit.

Lorsqu'on a obtenu de l'amélioration, soit dans le rhumatisme aigu, soit dans le rhumatisme chronique, il importe de ne ramener que par degrés les parties qui en ont été le siége à l'exercice de leurs fonctions. Il faut ensuite recommander au sujet d'éviter tout régime stimulant, de porter des vêtemens de flanelle sur la peau, de passer dans un pays chaud durant l'automne et l'hiver, et se faire souvent frictionner le corps devant le feu avec une flanelle imbibée d'un liquide excitant.

Lorsque, malgré tous les moyens employés, l'articulation atteinte de rhumatisme s'affecte profondément, lorsque les os se gonflent, les cartilages s'érodent, les synoviales contractent des adhérences, les abcès se forment, les fistules s'ouvrent, alors il faut tenir la conduite indiquée à l'article ARTHROCACE.

Nous avons renvoyé à cet article l'histoire de l'inflammation de la face interne des muscles abdominaux, des muscles psoas et iliaque, appelé *psoïtis* par Rosemberg et Dreyssig, *péritonite musculaire* par J.-P. Frank. Ce dernier dit en peu de mots que, lorsque l'inflammation occupe le prolongement péritonéal qui recouvre les muscles psoas et iliaque, on observe plusieurs des symptômes de la péritonite, et de plus quelques-uns qui diffèrent peu de ceux qui signalent l'invasion ou la fin de l'hépatite; une douleur se fait sentir au dos, puis au dessus de la vessie d'un côté; cette douleur est ordinairement peu intense, quelquefois très-forte; un sentiment d'engourdissement douloureux descend de l'aine à la cuisse, et le

malade ne peut allonger ce membre sans éprouver de vives souffrances; mais il n'y a aucune difficulté dans l'émission de l'urine et dans l'expulsion des matières fécales; au bout de quelques jours, le toucher reconnaît une tumeur manifeste, mais profonde, sur le trajet des muscles psoas et iliaque, vers les glandes inguinales externes. Si on néglige le traitement dès le principe, il survient une suppuration qui marche avec beaucoup de lenteur; le pus, ramené entre le péritoine et l'os innominé, corrode et carie cet os, les vertèbres lombaires voisines et le sacrum; il peut aussi se détourner du côté des lombes, ou, suivant la direction des attaches musculaires, se diriger vers la crête de l'os des îles, venir former une tumeur fluctuante vers la hanche, et descendre à la région inguinale, vers la partie supérieure de la cuisse, et s'y annoncer par un dépôt semblable, que la pression fait refluer en partie dans l'abdomen. N'est-il pas évident que l'on a pris pour les résultats d'une péritonite partielle, ou d'une inflammation des muscles psoas et iliaque, ceux qu'occasione la présence du pus provenant d'une carie des vertèbres lombaires ou sacrées? Tout ce qu'on a dit, outre ce qu'on vient de lire, sur le psoïtis, milite en faveur de notre opinion.

RHUME, s. m., *rheuma, catarrhus;* synonyme de CATARRHE; on appelle vulgairement *rhume de cerveau*, le CORYZA; *rhume de poitrine*, la BRONCHITE et la PNEUMONIE chroniques, ou plutôt toute maladie d'un organe thoracique accompagnée de toux. Nous ne parlerons pas du *rhume nerveux*, du *rhume négligé*, ni du *rhume de chaleur*, expressions absurdes que ne dédaigne pas le médecin qui parle le langage de l'ignorance pour obtenir son suffrage ou plutôt son argent.

RICIN, s. m., *ricinus;* genre de plantes de la monoëcie monadelphie, L., et de la famille des euphorbiacées, J., qui a pour caractères : calice à cinq divisions profondes, ou à trois segmens; point de corolles; étamines nombreuses, à filets rameux et réunis en un faisceau à leur base; trois styles fendus en deux ou trois stigmates simples; capsule à trois sillons, à trois valves et à trois loges monospermes.

Le *ricin commun*, appelé aussi *palma christi, ricinus communis*, à tige cylindrique, fistuleuse et lisse, à feuilles palmées, à capsules hérissées d'épines molles, est originaire des Indes et d'Afrique, où il s'élève à la hauteur de vingt ou vingt-cinq pieds, tandis que, chez nous, le midi excepté, il est annuel, et n'atteint guère au delà de la taille d'un homme. Ses graines, du volume et presque de la forme d'un haricot moyen, sont ovoïdes, aplaties, luisantes, marbrées de gris rougeâtre et de blanc, obtuses et plus grosses à la base, surmontées d'une espèce de caroncule au sommet. Elles sont com-

posées d'une enveloppe extérieure, fragile et colorée, d'une autre interne, blanche et très-mince, de deux cotylédons huileux, et d'un embryon blanc, conique, peu visible. Elles n'ont pas d'odeur sensible, et sont à peu près dépourvues de saveur, à moins qu'on n'en mâche une certaine quantité, et qu'elles ne soient pas fraîches, car alors elles font éprouver à la langue un sentiment d'âcreté. Mérat a observé, sur du ricin de quelques mois récolté en France, que l'embryon n'a point une saveur différente de celle de l'amande, ainsi qu'on l'avait pensé jusqu'à présent, en attribuant à cet embryon une âcreté considérable, et le regardant comme la cause de celle qu'on attribue quelquefois à la semence.

Cette plante n'est utile qu'en raison de l'huile qu'on retire de ses graines, et qu'on prépare de différentes manières, suivant les pays. Haguenot a recommandé de la dépouiller de son enveloppe, qui lui communique de l'âcreté, ce qui explique pourquoi celle qu'on fait à froid est plus douce que celle qu'on obtient par la chaleur, qui extrait toujours une partie des principes de l'enveloppe. Cette graine donne environ le tiers de son poids d'une huile très-épaisse, un peu louche d'abord, mais qui s'éclaircit avec le temps, en laissant déposer un peu de mucilage.

L'huile de ricin a la consistance d'un sirop épais; elle est sans couleur; elle a une odeur fade et un peu nauséeuse, une saveur douce, assez analogue à celle de la noisette, sans âcreté ni causticité. En vieillissant, elle prend la consistance du miel, rougit et devient plus transparente. Elle conserve sa consistance ordinaire jusqu'à une chaleur de quarante degrés; mais, à cette température, elle prend la fluidité de celle d'olive. Le froid ne paraît pas changer ses propriétés, et elle ne devient pas plus épaisse jusqu'à vingt-un degrés au dessous de zéro.

On a beaucoup parlé de l'âcreté de cette huile; mais il paraît, selon Mérat, qu'on l'a fort exagérée, et qu'elle n'existe jamais dans celle qui est fraîche et bien préparée, du moins celle d'Europe n'en offre-t-elle aucune trace; de sorte qu'elle est le plus souvent trop douce, et ne produit pas d'effet purgatif. L'âcreté de l'huile d'Amérique semble tenir d'un côté à l'action de la chaleur, quand on pousse un peu trop l'ébullition, ce qui y développe un principe d'âcreté qui n'y existe pas naturellement, de l'autre, à ce qu'on y mêle de l'huile de pignon, enfin, à ce qu'elle devient rance en vieillissant. Au reste, la solubilité complète de cette huile dans l'alcool fournit un excellent moyen de reconnaître sa pureté.

On donne cette huile seule ou associée à d'autres purgatifs, surtout à des sirops, à la dose de deux à quatre onces, mê-

lées avec deux onces de sirop purgatif. Elle passe aussi pour anthelmintique, mais elle n'agit contre les vers que par sa qualité purgative.

RIDE, s. f., *ruga;* nom donné aux sillons qui se dessinent sur la peau lorsque, par les progrès de l'âge ou l'effet d'une maladie, la graisse ayant disparu en totalité ou en partie, cette membrane se trouve plus lâche ou plus ample que les organes qu'elle enveloppe.

RIGIDITÉ, s. f., terme peu usité, dont on se sert pour exprimer le défaut de souplesse et de flexibilité des tissus vivans.

RIRE, s. m., *risus.* Roi, qui a fait une étude très-sérieuse du rire, dit qu'il consiste dans une suite de petits accès ou de quintes plus ou moins rapprochées, nombreuses et diversement prolongées, dont chacune est composée de petites expirations bruyantes, successives et entrecoupées; c'est une seule expiration décomposée en autant de petites saccades, ou expirations secondaires, qu'il y a d'éclats sonores échappés du thorax; à cette série d'inspirations courtes et involontaires, succède une prompte et longue expiration, que suivent de nouvelles inspirations partielles, d'où naît le rire; jamais il ne s'y mêle d'inspirations, quelque petites, quelque rapides qu'on les suppose.

Le rire est donc une modification des mouvemens expiratoires du thorax; donc le diaphragme n'est point l'agent du rire, puisqu'il n'est pas actif dans l'expiration.

Le rire résulte d'une idée bizarre ou du chatouillement, parfois de la douleur; nous avons éprouvé le rire produit par cette dernière cause.

Le rire violent et prolongé fait affluer le sang vers la tête, couler les larmes, lâcher l'urine et les gaz intestinaux.

Le rire modéré épanouit; il active la circulation, la respiration, les sécrétions; peu après avoir ri, on respire avec plus de facilité, on éprouve un sentiment de bien-être, on se sent l'esprit plus vif et le corps plus agile. Le rire a guéri quelques malades, en les arrachant à une mélancolie profonde, en leur rendant la parole, en occasionant la rupture d'un abcès hors de la portée de l'instrument et sur le trajet du conduit aérien. Le rire est nuisible aux poumons malades, aux hémoptoïques, au phthisiques, aux sujets affectés de maladies du cœur; il est utile, au contraire, dans les maladies chroniques de l'estomac. Le rire n'est donc pas toujours bon; on cite même quelques cas de mort subite par un rire excessif.

Dans les maladies, le rire sans motif sensible est un signe de délire, et il n'est pas prouvé que le délire accompagné de rire soit moins redoutable que le délire avec pleurs et san-

glots. Dans l'un et l'autre cas, il y a évidemment lésion du cerveau, ou primitive, ou sympathique.

Le rire sans conscience, au milieu de la stupeur des facultés, n'est pas moins délirant que celui dont nous venons de parler, si tant est qu'on puisse aisément les distinguer; il annonce également une lésion cérébrale.

On a prétendu que les inflammations et les plaies du diaphragme, déterminaient un rire convulsif, auquel on donnait le nom de *sardonique*. Il n'y a aucune observation authentique sur ce point; il y a au contraire des observations opposées.

On ne peut donner le nom de rire, ni tout autre analogue, à la distension convulsive des lèvres, dans les fortes douleurs, dans la manie furieuse : ce n'est qu'une convulsion labiale.

RIZ, s. m., *oryza;* genre de plantes de l'hexandrie monogynie, L., et de la famille des graminées, J., qui a pour caractères : glume uniflore, à deux valves très-petites; balle à deux valves naviculaires, dont l'extérieure striée et aristée; deux écailles intérieures très-petites; six étamines et deux styles.

Ce genre ne renferme qu'une seule espèce, *oryza sativa*, dont la culture a multiplié prodigieusement les variétés, et qu'aucune autre plante ne surpasse, n'égale même sous le rapport de l'utilité dont elle est pour la nourriture de l'homme, puisque son usage est plus répandu que celui du froment, et qu'elle est même le principal aliment des peuples disséminés entre les tropiques. Aucune semence ne contient en effet la fécule dans des proportions plus considérables, car cette substance y entre pour quatre-vingt seize centièmes, le reste se composant de sucre, d'huile grasse, d'une faible quantité d'albumine, et d'une autre à peine appréciable de gluten. L'absence de ce dernier principe fait que le riz n'est point propre à la panification, et qu'il rend compacte et friable le pain dans lequel on fait entrer sa farine. Mais, de quelque manière qu'on l'apprête, il offre un aliment aussi substantiel qu'agréable et sain.

On emploie fréquemment la décoction de riz en médecine, surtout dans les irritations du canal digestif. Ce n'est pas à titre d'astringent qu'il agit alors, ainsi qu'on l'a prétendu, et que le peuple le pense encore, mais en raison des qualités émollientes et adoucissantes qu'il doit à la présence de la fécule amilacée. On prépare ordinairement cette décoction avec deux gros à une demi-once de riz par pinte d'eau, à laquelle on ajoute souvent de la gomme arabique, après quoi on l'édulcore avec du sucre, et on l'aromatise avec un peu d'eau de canelle ou toute autre. La fécule commence à se dissoudre dès que le liquide est parvenu à la température de

cinquante degrés. Cette décoction s'administre par la voie de l'estomac, ou par celle du rectum, sous la forme de lavemens.

ROB, s. m.; nom générique sous lequel les pharmaciens désignent tous les sucs de végétaux ou de fruits qui ont été concentrés par l'évaporation, et épaissis en consistance de miel. Les robs sont des espèces d'extraits qui se conservent facilement sans éprouver de fermentation, parce que l'action du feu a coagulé l'albumine, et détruit le principe fermentescible contenu dans les sucs végétaux. Ils ont une saveur sucrée, quelquefois amère et légèrement aigre, à cause d'une petite quantité d'acide acétique qu'ils contiennent. On emploie assez fréquemment en médecine les robs de sureau, de nerprun et de genièvre.

ROMARIN, s. m., *rosmarinus;* genre de plantes de la diandrie monogynie, L., et de la famille des labiées, J., qui a pour caractères : lèvre supérieure de la corolle courbée et échancrée au sommet; deux étamines à filets longs, arqués et munis d'une dent à leur base.

Ce genre ne renferme qu'une seule espèce, le *romarin officinal*, *rosmarinus officinalis*, arbuste généralement connu, à cause de son odeur aromatique, pénétrante et agréable, qui l'a placé depuis long-temps au nombre des plantes d'agrément. Sa saveur est âcre, piquante et un peu amère. Outre un principe résineux peu abondant, il contient beaucoup d'huile essentielle, incolore et très-odorante, de laquelle Proust a obtenu un dixième de son poids de camphre. C'est une des labiées qui jouissent au plus haut degré de la propriété excitante; aussi l'a-t-on fréquemment employé en médecine, à titre de stimulant. Ses feuilles et ses sommités fleuries sont les parties dont on se sert, mais les calices sont les plus énergiques, les plus sapides et les plus aromatiques. On les donne en général sous la forme d'infusion théiforme, préparée avec un ou deux gros par pinte d'eau. On en fait une eau distillée, qui se donne à la dose de deux à trois onces. L'huile essentielle peut être administrée à celle de deux à huit gouttes. Le romarin est un des principaux ingrédiens de l'eau de Cologne et de l'eau de la reine de Hongrie. Les parfumeurs en font plus fréquemment usage que les médecins.

RONCE, s. f., *rubus;* genre de plantes de l'icosandrie polygynie, L., et de la famille des rosacées, J., qui a pour caractère : calice ouvert, à cinq divisions; cinq pétales; fruit globuleux, composé de plusieurs baies monospermes agrégées.

Plusieurs espèces de ronces (*rubus cœsius*, *hybridus*), communes dans nos climats, portent des fruits qui ressemblent beaucoup à la framboise, mais qui n'ont pas son parfum agréable. On en fait un sirop qui passe pour rafraîchissant,

et qui a été conseillé dans l'angine et l'urétrite. Leur suc servait autrefois à préparer le rob diamorum, inusité aujourd'hui. Les feuilles et les sommités de la plante, qui jouissent d'une faible astringence, entrent quelquefois, mais rarement, dans les tisanes, et surtout dans les gargarismes. Chacun connaît la framboise (*rubus Idæus*), que son parfum fait rechercher sur toutes les tables.

ROND, adj., *teres;* épithète donnée par les anatomistes à plusieurs parties du corps humain, notamment à des ligamens et à des muscles.

Le *ligament rond* de l'articulation coxo-fémorale a un pouce de long environ, s'élargit un peu à ses deux extrémités, et se compose de fibres longitudinales. Il s'attache, d'une part, au fond de la cavité qu'on remarque sur la tête du fémur, de l'autre, aux cornes supérieure et inférieure de l'échancrure cotyloïdienne. Il est couvert, dans toute sa circonférence, par une gaîne que lui forme la membrane synoviale, réfléchie sur elle-même.

Les *ligamens ronds de la matrice* ont été décrits à l'article MATRICE.

Le *muscle grand rond*, qui occupe la partie inférieure et postérieure de l'épaule, est épais et aplati. Il s'attache à une surface quadrilatère qui termine inférieurement la fosse sous-épineuse, ainsi qu'aux cloisons fibreuses disposées entre lui et le sous-scapulaire d'une part, le sous-épineux et le petit rond de l'autre. De là, il monte obliquement en dehors, et donne naissance à un large tendon aplati, qui s'applique contre celui du grand dorsal, se confond bientôt avec lui, et vient prendre son insertion au bord postérieur de la coulisse bicipitale de l'humérus. Ce muscle correspond, d'un côté, au grand dorsal et à la longue portion du triceps brachial, de l'autre, au sous-scapulaire, aux vaisseaux axillaires, au plexus brachial, à la capsule articulaire et à l'humérus. Il tourne l'humérus en dedans; mais, lorsqu'il agit de concert avec le grand dorsal et le grand pectoral, il applique le bras contre la poitrine.

Le *muscle petit rond*, qui côtoie le précédent, est allongé, étroit, arrondi et plus épais en haut qu'en bas. Il naît d'une surface allongée et rugueuse qui borne la fosse sous-épineuse, près du bord axillaire de l'omoplate, d'une aponévrose qui lui est commune avec le grand rond, et d'un feuillet fibreux qui le sépare du sous-épineux. Ses fibres, obliques de bas en haut et de dedans en dehors, dégénèrent, non loin de l'humérus, en une aponévrose, qui s'insère au bas de la grosse tubérosité de cet os, en se confondant avec la capsule fibreuse. Compris entre le deltoïde et l'artère scapulaire externe, la

longue portion du triceps brachial et la capsule fibreuse de l'articulation de l'épaule, ce muscle remplit le même office que le précédent.

Le *muscle rond pronateur* occupe la région antérieure de la superficie de l'avant-bras. Il est allongé et arrondi, plus étroit en haut qu'en bas. Ses attaches supérieures se font à la tubérosité interne de l'humérus, à la surface osseuse située au dessous, à deux cloisons aponévrotiques tendues entre lui, le grand palmaire et le fléchisseur superficiel des doigts, enfin à l'aponévrose antibrachiale; de là, il se porte obliquement en bas et en dehors jusqu'au milieu de la face externe du radius, où il s'insère par un large tendon aplati. Il fait tourner le radius sur le cubitus, de dehors en dedans, et place ainsi la main dans la pronation, ce qui lui a valu son nom.

RONFLEMENT, s. m., *runchus;* bruit que la respiration produit chez certaines personnes, pendant le sommeil, au moment où l'air traverse l'arrière-bouche, et qui dépend de la vibration du voile du palais. Ce bruit est plus sensible pendant l'inspiration que pendant l'expiration. Il ne peut avoir lieu que chez les sujets qui dorment la bouche ouverte, n'indique, en général, aucun désordre dans la respiration, et ne peut servir ni au diagnostic ni au pronostic des maladies, puisqu'on l'observe peu dans l'état pathologique.

ROSACIQUE, adj. On désigne sous ce nom un acide pulvérulent, d'un rouge vif, très-soluble dans l'eau et l'alcool, déliquescent même, qui précipite l'hydrochlorate d'or en violet, et que les acides sulfurique et nitrique transforment en acide urique. Il se dépose dans les urines durant le cours des maladies fébriles, ou lors de leurs crises, et pendant les accès de goutte, sous la forme de sédimens roses pulvérulens. Proust le considère seulement comme de l'urate acide d'ammoniaque, et quelquefois de soude, devant sa teinte à la matière colorante de l'urine qu'il entraîne.

ROSEAU, s. m., *arundo;* genre de plantes de la triandrie digynie, L., de la famille des graminées, J., qui a pour caractères : calice formé de deux glumes très-aiguës; corolle à deux balles entourées à leur base par des poils.

Parmi les espèces assez nombreuses que ce genre renferme, on distingue le *roseau à balais, arundo phragmites*, commun dans les rivières et lès étangs. Sa racine, qui est cylindrique, blanchâtre, rampante et de la grosseur du doigt, passe pour sudorifique et diurétique. On la fait prendre en décoction, à la dose d'une à deux onces par pinte d'eau.

Celles du *roseau à quenouille, arundo donax*, autre espèce du midi de l'Europe, ont une saveur douce et sucrée; on

leur attribue les mêmes propriétés qu'à la précédente, et on les regarde en outre comme emménagogues.

Ces deux plantes ne sont jamais prescrites par les médecins.

On désigne aussi, dans les pharmacies, sous le nom de *roseau aromatique* ou *odorant*, une plante d'un autre genre, qui appartient à l'hexandrie monogynie, L., et à la famille des aroïdes, J. Les botanistes l'appellent *acorus calamus*. Sa racine est cylindrique, noueuse, de la grosseur du doigt, roussâtre à l'extérieur, et blanche en dedans. Elle a une saveur amère, âcre et comme poivrée, avec une odeur aromatique assez agréable. Dans les pharmacies, on la nomme *calamus aromaticus*. C'est un tonique, un excitant assez peu employé aujourd'hui, et qui entre dans la composition de la thériaque.

ROSIER, s. m., *rosa*, genre de plantes de l'icosandrie polygynie, L., et qui sert de type à la famille des rosacées, J. Il a pour caractères : calice urcéolé, charnu, étranglé au sommet, et à cinq divisions persistantes, dont deux nues, deux barbues, et la cinquième barbue seulement d'un côté; cinq pétales; graines presque osseuses, hérissées, et renfermées dans une baie sèche et colorée, formée par le calice qui s'est accru.

Les roses, qui occupent une place si distinguée dans nos parterres, et dont tant d'écrivains ont célébré les charmes et les parfums, intéressent faiblement le médecin sous le rapport de son art. Cependant il en est trois espèces qui figurent dans la matière médicale, et qu'on ne peut regarder comme des médicamens inertes. Ce sont la *rose de Provins*, *rosa gallica rubra*, le *rosier bifère*, *rosa bifera*, et l'*églantier*, *rosa canina*. On emploie en médecine leurs pétales et leurs fruits.

Les pétales de la rose rouge, qui sont ceux dont on fait le plus d'usage, ont une saveur amère et styptique. Indépendamment du tannin, ils contiennent quelques particules de fer, avec une certaine quantité d'huile essentielle et du mucilage. Ces principes consituans leur assignent une place parmi les toniques astringens. Leur usage prolongé passe pour causer une légère constipation, et quelques observateurs assurent que, donnés en poudre, à la dose d'un gros, ils produisent un effet purgatif. C'est sous la forme de conserve qu'on les emploie le plus souvent à l'intérieur. Cette conserve se fait en mêlant les pétales réduits en poudre avec du sucre, et humectant le tout avec l'eau distillée de roses pâles. Ses propriétés médicinales varient suivant la quantité de roses qu'elle contient. On la donne en général à la dose de deux gros à une once.

Les roses pâles sont celles qu'on préfère pour la préparation du sirop, qui passe pour laxatif, quoiqu'il jouisse à peine de cette propriété, et dont on donne d'une à deux onces; de l'électuaire, que la scammonée seule rend purgatif, et de

l'eau distillée, que sa légère astringence détermine quelquefois à faire entrer dans les collyres, mais qu'on emploie plus souvent pour parfumer le cérat.

Ce sont au contraire les roses rouges qu'on fait servir à la préparation du miel et du vinaigre rosat. Ce dernier diffère peu du vinaigre ordinaire par ses qualités. Quant au miel, on l'emploie en gargarismes, quelquefois aussi en lavemens, et, dans ce dernier cas, à la dose d'une once ou deux.

La décoction aqueuse ou vineuse des roses rouges sert assez souvent en injections dans la leucorrhée et l'urétrite chronique. On en fait aussi des gargarismes et des collyres astringens. Enfin, on l'emploie quelquefois en fomentations.

Les fruits de l'églantier servent à préparer la conserve de CYNORRHODON.

ROTULE, s. f., *patella*, *rotula*. Les anatomistes donnent ce nom à un petit os aplati, qui est situé à la partie antérieure de l'articulation du genou, entre le fémur et le tibia.

Cet os a une forme irrégulièrement quadrilatère. De ses quatre angles, l'inférieur est le plus aigu, et le supérieur le plus obtus. Sa face antérieure est convexe, parsemée d'une multitude de trous nourriciers, et couverte par des prolongemens fibreux nés du tendon des extenseurs de la jambe, ainsi que par la peau. La postérieure est encroûtée de cartilage dans toute sa partie supérieure, qu'une large saillie partage en deux surfaces légèrement concaves, et qui correspond à la partie antérieure de la surface articulaire de l'extrémité inférieure du fémur, de telle sorte que l'éminence médiane se loge dans la fosse extérieure de cet os, et que les fossettes latérales reçoivent la partie antérieure des condyles.

La rotule est un véritable os sésamoïde, enclavé dans la substance même du tendon des muscles extenseurs de la jambe, qui revêt bien toute sa surface antérieure, ainsi qu'il a été dit plus haut, mais ne s'étend que sur les parties de la postérieure qui sont dépourvues d'incrustation cartilagineuse. Ce tendon s'attache à la tubérosité du tibia, et porte improprement, au dessous d'elle, le nom de ligament rotulien. Elle correspond parfaitement à l'olécrâne, soit par sa position, soit par ses connexions avec le tendon.

Elle ne commence à s'ossifier qu'après la naissance, par la formation, au milieu du cartilage, d'un noyau osseux qui grossit peu à peu, mais lentement. Il est rare qu'on rencontre plusieurs de ces points d'ossification. La rotule est presque entièrement formée d'un tissu celluleux très-serré, que traversent des fibres osseuses longitudinales, et que recouvre une couche très-mince de compacte.

Si la rotule, placée au devant de la saillie formée par le

genou, et recouverte seulement d'une peau mince et mobile, n'est pas plus souvent fracturée qu'on ne l'observe, il faut attribuer une telle particularité à ce que cet os est à la fois court, épais, spongieux et susceptible par conséquent d'opposer une grande résistance à l'action des corps extérieurs. Un grand nombre de fractures de la rotule sont rapportées à des chutes faites sur les genoux ; mais personne n'a remarqué qu'alors le poids du tronc et des parties supérieures porte presque entièrement sur la saillie du tibia à laquelle s'attache le ligament rotulien. Par la flexion de la jambe à angle droit, cette espèce de tubérosite frappe la première le sol, et reçoit tout le choc, tandis que la rotule, retenue en haut par le muscle droit antérieur de la cuisse, et conservant en grande partie sa situation verticale, ne peut toucher le plan sur lequel appuie le genou que par son extrémité inférieure. Pour que la théorie des auteurs fût exacte, il faudrait que cet os, devenu horizontal, se plaçât au dessous du genou, et pût être écrasé entre le sol et le poids du corps : or, c'est ce qui ne saurait avoir lieu dans les cas ordinaires, ainsi qu'on peut s'en assurer par la plus simple obesrvation. Les chutes sur les geuoux sont donc presque toujours le résultat et non la cause des fractures de la rotule ; c'est parce que celle-ci s'est rompue que l'homme est tombé, et nou pendant sa chute que la rupture a eu lieu.

Les fractures de la rotule peuvent être produites ou par les efforts musculaires, ou par des chocs directs dirigés sur cet os. Les premières sont beaucoup moins rares que les autres. Il n'est pas nécessaire, pour que la rotule soit rompue, que la force musculaire soit augmentée ou rendue plus intense : on possède des exemples d'accidens de ce genre survenus pendant l'actiou de sauter, de donner un coup de pied, de prévenir une chute imminente eu arrière, etc. Dans toutes ces occasions, la rotule n'appuie que par un point de sa surface postérieure contre la partie antérieure des condyles fémoraux, en même temps le membre abdominal étant à demi-fléchi, que son ligament inférieur, ainsi que le tendon des extenseurs tirent en arrière ses extrémités. Durant l'effort qui a lieu alors, le fémur sert de poiut d'appui aux puissances appliquées en haut et en bas sur l'os, et la continuité de celui-ci se rompt en procédant de sa face antérieure vers la postérieure. Il est à remarquer, contre le sentiment d'un grand nombre de praticiens, que les danseurs ne sont pas plus exposés que les autres personnes aux fractures de la rotule, à raison sans doute de ce que les puissances appliquées aux extrémités de cet os, durant l'action de s'élever en sautant, ou de retomber sur le sol, agissent toujours avec d'autant moins de force que la flexion de la jambe sur la cuisse est plus considérable. En effet, pour sauter verticalement, les

muscles extenseurs se contractent avec d'autant plus d'intensité que la cuisse s'étend davantage sur la jambe, et que la rotule devient, par conséquent, plus difficile à rompre; et, réciproquement, en revenant sur le sol, les muscles extenseurs se relâchent graduellement pour permettre aux articulations de se fléchir, et perdent de leur force d'action à mesure qu'ils pourraient plus facilement occasioner la rupture de l'os. Durant les chutes imminentes en arrière, le contraire a lieu, car l'effort, pour retenir le tronc dans sa rectitude, devient incessamment plus énergique à mesure que l'on sent le corps perdre l'équilibre; et il est parvenu au plus haut degré de violence à l'instant où les membres se fléchissant, la rotule se trouve pressée de la manière la plus défavorable contre l'extrémité antérieure du fémur. La rupture de cet os est presque impossible, lorsque la jambe est dans l'extension, et que son tissu se trouve simplement allongé par les muscles extenseurs. On possède cependant un exemple de fracture survenue dans ce cas chez un sujet couché horizontalement sur le dos; mais l'état convulsif des muscles, et l'augmentation de force qui en résultait, expliquent assez alors la puissance prodigieuse qu'ils ont dû déployer pour opérer une semblable lésion.

Les corps tranchans ou contondans, dirigés sur les genoux, peuvent briser la rotule en un plus ou moins grand nombre de fragmens. Lorsque cet accident a lieu dans les chutes, ce qui est fort rare, il faut que la jambe ait été fortement fléchie sur le genou, et que les inégalités du sol aient frappé la rotule; encore, dans ces cas, l'action musculaire entre-t-elle pour beaucoup dans la production de l'accident. Le plus léger choc exercé sur le genou suffit pour exciter les contractions du droit antérieur, qui n'a point alors besoin d'une très-grande force pour opérer la rupture des fibres osseuses; et c'est parce que la fracture s'opère suivant ce mécanisme, qu'elle a souvent lieu transversalement, même chez les sujets où elle résulte du choc du genou contre le sol.

Il existe de notables différences entre les fractures de la rotule produites par les efforts musculaires, et celles qui sont les résultats de percussions directes exercées sur le genou. Les premières, toujours transversales et simples, ne se compliquent ni de contusions, ni de déchirures aux parties molles ou à l'articulation, excepté dans les cas où, après la fracture, le sujet est tombé rudement sur la région malade; les secondes, au contraire, sont souvent obliques ou longitudinales, et accompagnées de désordres étendus dans les tissus environnans; quelquefois la rotule est comme écrasée, et réduite en un grand nombre de fragmens qui s'écartent dans toutes les directions en même temps que la capsule articulaire est ouverte, ou que du sang

occupe sa cavité. Ces circonstances rendent ordinairement très-graves les suites de la maladie principale. La conservation et la destruction de la couche fibreuse qui recouvre la rotule, en s'étendant du tendon des muscles extenseurs à son ligament tibial, entraînent aussi une différence assez grande dans la facilité avec laquelle on peut maintenir les fragmens en rapport, et dans la solidité des parties après la guérison. Cette couche fibreuse forme alors une sorte de gaîne qui retient les portions brisées, s'oppose à leur écartement trop considérable, et sert en quelque sorte de base à la substance qui doit les réunir. On conçoit dès lors avec quelle attention il faut la ménager, et éviter les mouvemens étendus que l'on se permet trop souvent, dans l'intention de s'assurer de l'existence des solutions de continuité de l'os qu'elle protége.

Les fractures de la rotule sont ordinairement faciles à reconnaître. Lorsque cet os est brisé transversalement, si le sujet était debout, il tombe aussitôt, et alors, de même que, dans les circonstances où la lésion est le résultat de la chute, il ne peut se relever, ou s'il essaie de le faire, il s'aperçoit bientôt que le membre a perdu sa force et sa solidité. La marche devient impossible, et le blessé ne peut que se traîner à reculons, la jambe étendue, en se servant du membre opposé. Ces circonstances indiquent déjà l'existence de la fracture; mais en examinant le genou, on le trouve déformé, aplati; et, en portant les doigts sur la rotule, il est aisé de sentir l'écartement qui existe entre les fragmens de cet os. Le supérieur est entraîné en haut par les muscles dont il reçoit le tendon, tandis que l'inférieur est retenu dans le lieu qu'il occupe par son ligament inférieur. En étendant fortement la jambe, et en élevant la totalité du membre sur le bassin, on relâche leurs muscles de la partie antérieure de la cuisse, et presque tout l'écartement qui existait entre les deux pièces opposées de l'os, disparaît. En saisissant alors les fragmens, et en les frottant l'un contre l'autre en sens contraire, il en résulte une crépitation, sensible au tact et quelquefois à l'ouïe, qui achève de caractériser la lésion que l'on a sous les yeux. L'engorgement survenu au genou n'oppose presque jamais d'obstacles considérables à l'établissement du diagnostic, parce que le peu d'épaisseur des parties et la mollesse de la tumeur dont elles sont le siége, permettent ordinairement d'arriver encore, sans trop de difficulté, jusqu'à la rotule, et de reconnaître la solution de continuité qu'elle présente. D'ailleurs, dans le cas même où les doigts ne pourraient être d'aucun secours, la manière dont l'accident est arrivé, l'impossibilité subite de se tenir sur le membre affecté, et de le soulever dans sa totalité, la jambe étant étendue, seraient encore des signes suffisans pour ne

laisser que peu de doute sur l'existence de la fracture. Les lésions de ce genre qui sont obliques ou longitudinales, exigent un examen plus attentif pour être reconnues, à raison du peu d'écartement des fragmens que rien ne tend à séparer. Cependant, Lamotte a constaté, sur un homme qui avait la rotule longitudinalement divisée, que la demi-flexion du membre produisait une disjonction manifeste entre les deux moitiés de l'os. Faut-il attribuer ce phénomène à la tension transversale qu'éprouve toujours la partie antérieure de la capsule, lorsque la jambe se fléchit sur la cuisse? On ne voit pas quelle autre cause pourrait le produire.

Il est très-rare que les fractures de la rotule se réunissent à l'aide d'un cal osseux, solide, semblable à celui qui se forme dans les autres os. Cependant, on possède des exemples bien constatés de guérisons de ce genre ; mais, dans les cas les plus ordinaires, une substance cellulo-fibreuse, développée entre les pièces de la fracture, les maintient rapprochées, et transmet à la jambe les efforts des muscles extenseurs. L'absence, presque constante du cal, a été attribuée, dans ce cas, à la dissolution du suc osseux par la synovie qui baigne la face postérieure de l'os fracturé; mais les autres os, brisés dans leurs parties articulaires, ne se réunissent pas moins d'une manière exacte et solide. Quelques personnes ont pensé que le paquet graisseux, situé derrière la rotule, pouvait s'interposer entre les fragmens de cet os, et empêcher leur contact immédiat. Cette hypothèse n'est pas plus satisfaisante que l'autre, et l'on ne voit pas comment cette interposition aurait lieu, puisque rien ne tend à la produire, et que le paquet dont il s'agit est situé au dessus de la rotule plutôt que derrière elle. Enfin, l'on a cru trouver, mais sans plus de fondement, la raison du phénomène qui nous occupe dans le gonflement des lames fibreuses placées au devant de la rotule, et dans le prolongement de leur tissu entre les deux fragmens de cet os. La non production d'un cal osseux à la suite des fractures de la rotule, paraît dépandre uniquement de l'impossibilité presque absolue où sont les chirurgiens de maintenir immédiatement rapprochées et en contact les pièces de cet os pendant tout le temps nécessaire à leur consolidation. Quelque solide et bien appliqué que soit l'appareil contentif mis alors en usage, son action s'affaiblit toujours, et par le relâchement des liens qui le forment, et par l'affaissement des tissus qu'il comprime, tandis que la puissance musculaire ne subit aucun décroissement, et finit par surmonter la résistance qu'elle éprouve; dès lors aussi les fragmens s'écartent, leurs surfaces ne se touchent plus, et le tissu fibreux qui s'organise remplace la portion osseuse qui devait se développer. Ajoutons que la disposition de la rotule rend impossible la

formation autour d'elle du cal provisoire qui doit précéder le cal définitif, et favoriser sa formation. Peut-être obtiendrait-on de la nature l'ossification du tissu intermédiaire développé entre les fragmens, si l'on prolongeait de beaucoup l'application de l'appareil et le repos du malade au lit. Cette présomption est fortifiée en nous par l'observation d'un homme qui s'étant fracturé, dans une chute, la rotule comminutivement, en même temps que la partie supérieure du fémur et le crâne, fut obligé de rester près de cinq mois au lit. Après ce temps, la rotule, sur laquelle on avait appliqué un appareil contentif ordinaire, renouvelé aussi souvent que le relâchement des bandes l'exigeait, était si solidement réunie que l'on ne pouvait sentir que des inégalités dures et solides à sa surface, dans les points où avaient existé les solutions de continuité, et que tout portait à croire qu'un cal osseux s'était organisé.

Malgré l'irritation qui accompagne toujours les fractures, même les plus simples, de la rotule, il faut immédiatement s'occuper de leur réunion : la marche de la nature, dans la guérison de cette lésion, est assez rapide pour qu'il ne convienne pas de perdre un instant afin d'assurer le succès de ses efforts. Le membre sera donc mis au moins dans la position qu'il doit conserver pendant toute la durée du traitement; c'est-à-dire qu'on l'étendra sur la cuisse, et que des coussins, convenablement disposés le maintiendront soulevé sur le bassin. Le plan sur lequel il repose doit être solide, invariable, et ne permettre en aucun instant au membre de s'abaisser. Lorsque les saignées locales abondantes et les topiques émolliens ont ensuite dissipé la tension et la douleur, on doit sans délai recourir à l'application du reste de l'appareil contentif.

Plusieurs bandages ont été imaginés pour réunir les fractures de la rotule. Le plus ancien d'entre eux, le 8 de chiffre, se faisait avec une bande, longue de six à huit aunes, dont les jets, entrecroisés derrière le jarret, passaient alternativement au dessus et au dessous de l'os brisé. Des compresses épaisses, des lames de carton, appliquées immédiatement sur la peau, rendaient l'action de la bande plus forte, mais ne remédiaient ni au désavantage résultant de l'obliquité des jets qu'elle formait, ni à la compression des vaisseaux et des nerfs du jarret, ni à l'engorgement de la jambe et du pied, ni enfin au relâchement de la toile, qui permettait bientôt aux fragmens de se séparer. Aussi cet appareil est-il abandonné. On lui a substitué avec avantage le bandage unissant des PLAIES en travers, auquel on ajoute deux compresses longuettes, épaisses, placées au dessus et au dessous de la rotule, et qui vont s'entrecroiser derrière le jarret. Avant d'appliquer ces compresses et de tirer les deux parties du bandage l'une vers

l'autre, il convient d'étendre avec soin la peau qui recouvre la rotule, afin qu'elle ne fasse pas de plis irréguliers, susceptibles, dit-on, de s'interposer entre les fragmens, bien que la possibilité d'une semblable interposition ne semble pas démontrée. Une autre attention qu'il ne faut pas omettre consiste à entourer le pied et la partie inférieure de la jambe d'un bandage roulé qui prévienne leur gonflement œdémateux. Enfin, il faut visiter de temps à autre l'appareil, afin de le réappliquer aussi souvent qu'en se relâchant il perd une partie de l'intensité de son action.

Desault fit connaître les avantages que présente alors une large et forte attelle étendue du pli de la fesse au talon, et sur laquelle on fixe le membre. Ce moyen est toujours utile en rendant l'extension du membre plus assurée, et en prévenant les mouvemens involontaires que le malade pourrait exécuter. Un paillasson de balles d'avoine étant étendu le long de cette attelle, on placera dessus le membre déjà recouvert du bandage unissant, et on l'y fixera par des doloirs, prolongés du bas de la jambe à la partie supérieure de la cuisse. L'extrémité tout entière sera ensuite placée sur le plan incliné, de manière à ce que le talon soit beaucoup plus élevé que le genou et la cuisse.

Boyer, qui attache une très-grande importance à l'action du bandage dans la consolidation des fractures de la rotule, emploie depuis long-temps un appareil moins simple que celui dont nous venons de parler, mais qu'il croit beaucoup plus sûr dans son action. Les pièces qui le composent sont : 1° une gouttière en bois assez longue pour s'étendre du milieu de la cuisse jusqu'au dessous du mollet, convenablement garnie en dedans, et destinée à loger les deux tiers environ de l'épaisseur du membre; 2° deux courroies, larges d'un pouce et longues de six à sept, composées à leur tiers moyen de cuir de buffle, garni en dedans de peau de chamois, et à leur extrémité de cuir de veau. Pour appliquer cet appareil, la cuisse et la jambe étendues sont placés dans la gouttière, dont on remplit ensuite les vides avec de la charpie, du coton, ou des compresses graduées, afin de rendre partout égale la compression qu'elle exerce. Ensuite, un aide rapproche les fragmens de la rotule, et tend en même temps la peau qui les recouvre; puis on place au dessus et au dessous de cet os les courroies, dont les extrémités, percées de trous, sont fixées à des clous qui sont implantés aux parties latérales de la gouttière. La disposition de ces courroies est telle, que l'inférieure est attachée plus haut que la supérieure, et qu'elles circonscrivent, par leur partie moyenne, un espace elliptique dans lequel la rotule est reçue et comprimée de bas en haut. On peut, s'il en est be-

soin, recouvrir cet os de compresses résolutives, et un bandage roulé ou des liens de fil achèvent d'assurer la solidité de l'appareil.

On ne peut méconnaître, dans ce moyen contentif, l'avantage de laisser à découvert la région de la fracture, et de permettre à chaque instant d'observer l'état des parties, afin de relâcher ou de resserrer, suivant le besoin, les lais qui les pressent. Mais, dans presque tous les cas, la gouttière de Boyer est inutile; la situation, le bandage unissant et l'attelle postérieure suffisent pour procurer des guérisons aussi exactes, achetées à moins de frais, et opérées avec des objets que l'on peut se procurer dans tous les lieux et dans tous les temps. La chirurgie doit chercher à s'affranchir du joug des machines compliquées, et non en multiplier le nombre sans une nécessité absolue.

Deux mois à deux mois et demi suffisent ordinairement pour la réunion des fractures de la rotule; dix à vingt jours de plus sont nécessaires chez les vieillards. Cependant, un séjour plus prolongé au lit, et l'application plus continuée de l'appareil auraient alors pour effet l'organisation d'une cicatrice plus ferme et plus solide. La substance intermédiaire qui unit entre elles les portions brisées de la rotule, est de même nature que le ligament inférieur de cet os. Elle se compose de fibres blanches, fines, serrées, peu extensibles, étendues d'un fragment à l'autre, et moins prononcées que celles dont se composent les ligamens ordinaires. Cette substance est d'autant plus compacte, moins facile à s'allonger, et par conséquent plus propre à transmettre au ligament rotulien les efforts exercés par les muscles extenseurs, qu'elle est plus courte, et que les fragmens ont été plus exactement maintenus rapprochés pendant le traitement. Dans ce cas, elle est tellement solide, que la force de l'articulation ne s'en trouve pas sensiblement diminuée. Lorsque les fragmens sont demeurés écartés, au contraire, elle est allongée, extensible, rare, presque entièrement celluleuse, et le membre demeure affaibli, au point que, chez certains sujets, la marche est très-difficile, surtout sur les terrains inégaux, raboteux et en montant. Toutes choses d'ailleurs égales, la réunion est d'autant plus solide que les fibres aponévrotiques situées au devant de la rotule ont été plus ménagées pendant l'accident. Pott, Bell et Flajani pensaient qu'il y avait de l'avantage a obtenir un écartement considérable des fragmens de la rotule; ils ont été jusqu'à recommander de fléchir à demi la jambe sur la cuisse pendant toute la durée du traitement; mais cette opiuion est contredite par les faits, et universellement rejetée.

Ces praticiens, ainsi que beaucoup d'autres, ont prescrit

de faire exécuter à la jambe des mouvemens sur la cuisse aussitôt après la disparition des accidens inflammatoires, afin de prévenir l'ankylose du genou. Ce précepte, fondé sur ce qui a lieu au coude, n'est pas applicable à la fracture de la rotule. Le genou, en effet, n'est pas aussi facilement le siége de rigidités morbides que l'articulation huméro-cubitale, et les mouvemens dont il s'agit, en écartant les fragmens de l'os rompu, nuiraient à sa réunion, et rendraient de plus en plus faible et lâche la substance intermédiaire qui s'organise entre eux. Une immobilité complète doit donc être prescrite, au moins durant les cinquante à soixante jours qui suivent l'accident. La roideur qui succède à ce traitement n'est jamais que passagère, et se dissipe dans un temps assez court, par l'emploi des bains, des émolliens, et ensuite d'exercices convenables.

Lorsque, à la suite des fractures de la rotule, la réunion s'est opérée si imparfaitement que le membre demeure très-affaibli, on peut le rendre en partie à ses fonctions au moyen de gouttières élastiques, dont le ressort principal a pour effet de ramener la jambe fléchie vers l'extension, et de suppléer ainsi l'action presque détruite des muscles de la partie antérieure de la cuisse.

ROUGEOLE, s. f., *rubeola, morbilli, blactiæ;* inflammation de la peau caractérisée par des points, des boutons, des taches rouges à peu près circulaires, qui, peu à peu, s'étendent, se touchent, se confondent et forment des taches irrégulières, légérement proéminentes, et se terminent par desquamation. Quand la maladie est légère, elle s'annonce par des signes d'irritation peu intense de la conjonctive, de la membrane pituitaire et des bronches; il y a léger coryza, enchifrenement, enrouement, toux sèche, démangeaison et sentiment d'ardeur, de picotement aux yeux, rougeur de la conjonctive, et de plus somnolence et céphalalgie, soif légère, anorexie, nausées peu marquées, langue blanche, humide, frissonnement alternant avec la chaleur, agitation; le soir, ces symptômes augmentent d'intensité, le pouls est plus fréquent. Si, au contraire, la maladie est intense, un liquide irritant coule des yeux et des narines, l'éternuement se répète à chaque instant, la conjonctive est enflammée, la toux est presque continuelle, le malade se mouche sans cesse; il éprouve une fatigue générale excessive, et des douleurs dans les membres. Sur la fin du troisième jour, les frissons se renouvellent, la chaleur et l'agitation augmentent; il survient même du délire et quelquefois des convulsions, et l'éruption paraît; quelquefois elle ne se manifeste que le quatrième, le cinquième et même le sixième jour; toujours elle se compose de taches rouges analogues aux piqûres de puce, presque circulaires, de la grandeur des graines

de lin, un peu rudes au toucher, et légèrement proéminentes au dessus de la peau. Ces taches paraissent d'abord à la face et surtout au front, parfois à la langue, puis au cou, à la poitrine et à l'abdomen, aux membres et surtout sur le dos; au visage, elles sont étroites, confluentes, rugueuses; au tronc et aux membres, elles sont larges, moins saillantes, aussi rudes au toucher. Leur éruption se fait en quelques heures ou dans l'espace d'une nuit. Tantôt alors on observe une rémission, quoique la toux et l'enrouement persistent; tantôt tous les symptômes sympathiques persistent avec la même intensité; tantôt enfin, malgré l'apparition de l'éruption, la toux devient violente, la dyspnée excessive, l'ophthalmie intense, la somnolence extrême et le pouls plus vif, plus fréquent; souvent les taches acquièrent une rougeur foncée; elles s'aglomèrent, le sujet y ressent une vive chaleur; la peau se gonfle, se tend, surtout au visage, les paupières s'engorgent et les yeux sont difficilement mis à découvert. Durant cet état de vigueur de la maladie, les symptômes d'irritation oculaire, pituitaire et bronchique sont intenses, l'accélération de la circulation redouble. Après deux ou trois jours passés dans cet état, les taches commencent à pâlir d'abord au front, aux joues, aux lèvres, au menton; le visage s'affaisse, l'épiderme se soulève et la face est rude au toucher; peu à peu les taches des autres parties pâlissent également dans le même ordre que celui de leur apparition; l'épiderme tombe en écailles farineuses, et il ne reste plus guère de traces de la maladie le neuvieme ou le onzième jour. Quelquefois les taches disparaissent sans laisser de desquamation à leur suite. La desquamation est quelquefois générale, et tout le corps est couvert d'une espèce de farine.

L'irritation de la conjonctive, de la membrane muqueuse des fosses nasales et des bronches a presque toujours lieu dans la rougeole; cependant il est des cas où elle se manifeste à peine. Nous avons observé cette phlegmasie de la peau dans sa plus grande simplicité, et sans aucun phénomène sympathique, en un mot, ce qu'on a nommé *rubeola sine catarrho*; mais les cas de ce genre sont rares. Tantôt l'ophthalmie, le coryza, la bronchite qui compliquent la rougeole sont peu intenses, et tantôt elles parviennent au dernier degré de violence, la bronchite surtout. On voit trop fréquemment s'y joindre la péripneumonie. Dans d'autres cas, au lieu d'une irritation sympathique et légère de l'estomac et des intestins, il existe une véritable gastrite, entérite ou gastro-entérite; souvent la diarrhée survient, l'adynamie se manifeste. Dans des cas non moins graves, l'arachnoïde, le cerveau s'enflamment, et l'on voit survenir les phénomènes de l'ataxie; c'est là ce qu'on a nommé *rougeole putride*, *maligne* ou *nerveuse;* elle a lieu dans les circonstances favorables au développement de la gastrite, de

l'arachnoïdite, de l'encéphalite, et c'est dans ces cas seulement qu'on doit redouter la mort, car autrement la rougeole est une maladie peu dangereuse.

Il importe d'entrer dans quelques détails relatifs à l'éruption, puisque c'est elle qui caractérise la rougeole. Les taches sont d'abord distinctes, d'un rouge-pourpre, circulaires, moins grandes que l'auréole des piqûres de puce ; à mesure qu'elles augmentent en nombre, elles s'aglomèrent, forment des plaques irrégulièrement demi-circulaires ou en manière de croissans. Ces plaques sont entremêlées de taches isolées et d'interstices qui offrent la couleur ordinaire de la peau; des vésicules miliaires paraissent quelquefois sur le cou, la poitrine et les bras, et des boutons surviennent aux poignets, aux mains et aux doigts, quand l'éruption est parvenue au plus haut degré.

Une hémorragie nasale vient parfois se joindre à l'éruption, et contribuer à l'amendement des symptômes; quelquefois l'écoulemeut du sang est excessif.

Sous le nom de *rougeole noire*, on a désigné les cas où les taches prennent tout à coup une teinte livide avec un mélange de jaunâtre vers le septième ou huitième jour, changement sans inconvéniens selon Willan, et d'un très-mauvais augure selon tous les autres auteurs.

La fièvre *morbilleuse sans rougeole*, *morbilli sine morbillis*, de quelques auteurs, n'était qu'une gastro-entérite avec irritation de la conjonctive et de la membrane pituitaire, survenue chez quelques sujets durant le cours d'une épidémie de rougeole.

La rougeole est toujours aiguë, mais souvent les irritations qui compliquent celle de la peau, persistent après elle, et passent à l'état chronique; c'est ainsi qu'on voit trop souvent les enfans, qui viennent d'être affectés de la rougeole, conserver une ophthalmie, une inflammation nasale, une bronchite, une pneumonie, une gastrite ou une entérite chronique, et tomber dans l'anasarque ou le marasme. Ces suites, si redoutables semblent se manifester de préférence chez les sujets qui n'ont éprouvé qu'une rougeole peu intense. On doit se tenir en garde sur l'état des viscères dans cette maladie, afin de ne pas abandonner le sujet à tant d'affections chroniques.

A l'ouverture des cadavres de ceux qui succombent aux complications de la rougeole, on trouve, selon Lieutaud des taches morbilleuses sur les viscères; Frank ne les a point remarquées. J'ai observé, dit-il, les mêmes désordres qu'à la suite des fièvres catarrhales, et principalement les traces d'une inflammation de la trachée-artère qui s'étendait au delà de la bifurcation bronchique, une matière puriforme qui recouvrait la surface interne des bronches, de la sérosité épanchée dans la cavité thoracique, les poumons gorgés de sang, parfois d'un

rouge rosé à leur surface, jamais enflammés ou suppurés, à moins qu'il n'y eût des tubercules. Ces observations coïncident avec celles de Ledel, de Fabrice de Hilden et de Willan. Il est aisé de voir combien il reste à faire pour l'anatomie pathologique de la rougeole; la peau ne devra pas moins que les autres tissus être examinée avec attention.

La rougeole est, dit-on, produite par certaine condition inconnue de l'atmosphère qui arrive surtout à la fin de l'hiver, et au printemps; elle est presque toujours épidémique; plusieurs faits établissent qu'elle peut se propager par contagion; le suivant est authentique et concluant : Un artiste vétérinaire de l'armée française arrive dans une ville d'Italie, entre dans une maison, s'y loge; le lendemain, il entre dans la chambre de son hôtesse, s'approche d'un lit où se trouvait un enfant affecté de la rougeole, le découvre, le regarde, et le lendemain est pris de la même maladie, sans qu'elle fût répandue dans la ville, et sans qu'aucune personne de l'armée française en eût été affecté. Il y avait sans doute chez lui une prédisposition imminente; toutefois on ne peut se refuser à penser que s'il ne fût pas entré dans cette chambre, et s'il ne se fût pas approché autant de ce malade, il n'aurait pas été sitôt affecté d'une maladie qui le mit en danger de perdre la vie. Il est rare que l'on soit affecté de la rougeole plus d'une fois; Roche dit cependant qu'on peut l'avoir jusqu'à trois fois. Jadis on confondait la rougeole et la scarlatine, de telle sorte que la rougeole paraissait plus commune qu'elle ne l'est réellement. Il est rare cependant qu'un médecin occupé ne l'observe pas chez un certain nombre de sujets chaque printemps. Nous avons vu la scarlatine survenir peu après la convalescence de la rougeole. Quelquefois la rougeole vient suspendre la marche de la variole ou celle de la vaccine. C'est principalement une maladie de l'enfance ou de l'adolescence, quoiqu'on l'observe quelquefois chez les adultes et même dans la vieillesse.

Le traitement de la rougeole simple se réduit à la diète, au repos et à l'usage d'une boisson rafraîchissante. Lorsque, comme c'est le plus ordinaire, il s'y joint une irritation de la conjonctive, un coryza et une bronchite, elle est plus intense; il faut alors prescrire la diète, le repos, les boissons mucilagineuses acidules, les fumigations aqueuses dirigées vers la face pour hâter l'éruption; s'il y a de la céphalalgie, ces fumigations ne doivent pas être prescrites; s'il y a de la somnolence, du délire et surtout des convulsions, des topiques froids seront placés sur le derme chevelu, et des bains de pieds chauds seront administrés.

L'état de la peau elle-même ne réclame jamais l'application

des sangsues; celles-ci ne sont utiles que dans les cas où la bronchite, la gastrite, ou la gastro-entérite se manifeste avec intensité, et lorsqu'il s'établit une arachnoïdite : dans le premier cas, il faut les appliquer au sternum; dans le second, à l'épigastre; dans le troisième, vers la partie douloureuse de l'abdomen ou bien à l'anus; dans le quatrième, autour des malléoles, et donner en même temps un pédiluve chaud. Si le poumon s'enflamme, il ne faut pas hésiter à ouvrir la veine, quelque peu avancé que soit l'âge du sujet; si c'est la plèvre, il faut multiplier les sangsues autour du point douloureux du thorax; si c'est le péritoine, il n'y a pas de temps à perdre, il faut couvrir le ventre de sangsues.

Quand une phlegmasie intense vient compliquer la rougeole, il arrive, ou que l'éruption n'a pas lieu, ou qu'elle se fait incomplétement, ou qu'elle disparaît, ou bien déjà elle a cessé. Dans le premier et le second cas, on est trop souvent dans l'usage de prodiguer à l'intérieur les liquides stimulans, sudorifiques, excitans; malgré les remontrances des médecins habiles de tous les temps, cette pratique fait encore des victimes. Pour hâter l'éruption, il suffit de manuluves, de pédiluves chauds, des bains chauds, des bains de vapeurs, et des ventouses sèches nombreuses. Quant à la faire reparaître, cela demande quelques réflexions, et d'abord on s'occupe beaucoup trop de faire reparaître une rougeole qui a cessé brusquement: cela arrive, soit parce qu'un viscère a été soumis à une cause directe d'excitation, soit parce que la peau a été soumise à un refroidissement subit; dans le premier cas, c'est l'inflammation viscérale qu'il faut attaquer si l'on veut voir reparaître la rougeole; dans le second, il suffit des moyens indiqués plus haut pour remplir cette indication; mais si un viscère s'est secondairement affecté, il faut diriger contre lui des antiphlogistiques. Les boissons aqueuses chaudes sont encore un fort bon moyen pour exciter la peau sans inconvénient quand l'estomac peut les supporter. Il ne faut pas perdre de vue que la peau est prédisposée à l'irritation chez les morbilleux, et que la révulsion sur ce tissu est facile dans tout cas de délitescence d'une phlegmasie cutanée.

L'usage des vésicatoires comme révulsifs, dans la rougeole, nous paraît peu rationnel; ils occasionent une phlegmasie avec écoulement séreux, puis purulent, tandis que cette maladie ne consiste que dans une phlegmasie avec desquamation de l'épiderme; quand on veut produire une heureuse révulsion, il faut, autant que possible, que l'inflammation que l'on provoque ressemble parfaitement à celle que l'on veut déplacer, ou rappeler, ou renouveler.

En somme, le traitement de la rougeole se réduit à l'ex-



pectation quand elle est peu intense et sans inflammation du poumon, de l'estomac ou de l'arachnoïde; dans les cas de complication, tout le danger gît dans la phlegmasie viscérale, par conséquent c'est d'elle qu'il faut s'occuper sans oublier de maintenir la peau dans un état modéré d'excitation.

Quelques médecins ont cru qu'il serait avantageux de diminuer, par des moyens directs, l'état phlegmasique de la peau dans la rougeole, et pour cela ils ont employé un courant d'air frais et les lotions froides : c'est une pratique fort peu rationnelle, car il est de toute observation qu'il est dangereux de faire cesser subitement les phlegmasies externes, parce que des phlegmasies internes peuvent leur succéder; cela, dit-on, n'arrive pas toujours; Magrath dit qu'il n'a jamais été témoin d'aucun des accidens fâcheux que l'on redoute ordinairement de l'impression du froid ; mais tant d'autres médecins les ont observés, que l'on ne doit rien conclure de ce qu'il dit, si ce n'est qu'il n'a pas vu ce que d'autres ont vu. Au reste, il est des sujets dont la peau a peu de rapports avec les viscères, dont le poumon n'est disposé à aucune inflammation, et qui n'ont point de disposition à l'arachnoïdite; chez ceux-là, l'emploi du froid dans la rougeole peut être sans danger et même efficace, mais il n'est jamais prudent d'y avoir recours. A quoi bon mettre en usage un moyen qui peut devenir funeste, pour combattre une affection si légère, si peu douloureuse ?

Les accidens consécutifs de la rougeole, c'est-à-dire les phlegmasies aiguës ou chroniques qui lui succèdent ou se prolongent après elle, doivent être traitées comme si elles provenaient de toute autre cause. Mais si elles se manifestent dans le tube gastro-intestinal, outre les antiphlogistiques indiqués, on excitera la peau par divers moyens, et c'est alors que les vésicatoires sont indiqués. Si la phlegmasie a lieu à la tête ou à la poitrine, outre la peau, il faudra stimuler les intestins par de doux purgatifs.

Tout en blâmant les courans d'air frais et les lotions froides, nous ne prétendons pas approuver les couvertures pesantes sous lesquelles on étouffe les enfans affectés de rougeole; il faut qu'ils soient uniformément, mais légèrement couverts, de manière qu'autour de leur corps, il y ait une température moyenne qui doit être aussi celle de la chambre : c'est là le meilleur moyen d'éviter la délitescence.

Les narcotiques ne sont utiles que chez les sujets très-nerveux que la toux fatigue beaucoup, sans donner lieu à une expectoration abondante qui en indique la nécessité. Les vomitifs ne sont indiqués que dans les cas où la langue est très-

uniformément et complétement couverte d'un enduit épais; mais alors nous employons de préférence les laxatifs, tels que l'huile de ricin. La diarrhée modérée, surtout bilieuse, ne réclame aucun moyen particulier; on la provoque quelquefois utilement par le petit-lait, le jus de pruneaux. L'épistaxis ne doit jamais être arrêté, à moins qu'il n'aille jusqu'à déterminer la syncope; mais alors il s'arrête spontanément, il ne faut s'occuper de le faire cesser que dans le cas où il recommencerait après le retour des sens.

Afin de préserver des accidens de la rougeole, Home a cru qu'il serait utile de l'inoculer comme on le faisait autrefois pour la variole. N'ayant pu obtenir de virus, dit Robert Thomas, ni une quantité suffisante de débris d'épiderme au moment de la desquamation, il tira du sang de la veine la plus superficielle, dans l'endroit où l'éruption se manifestait le mieux, et il en imbiba du coton, qu'il appliqua sur-le-champ au bras de l'individu qu'il voulait inoculer; il opéra ainsi sur douze personnes, et, chez toutes, l'éruption se manifesta; la fièvre d'éruption commença en général six jours après l'inoculation, et les symptômes eurent moins d'intensité que dans la rougeole naturelle; la fièvre fut moins vive, la toux plus douce ou entièrement nulle, l'inflammation des yeux légère, mais le larmoiement fut aussi fort, et les éternuemens furent aussi fréquens que de coutume. Aucun accident ne troubla le cours de la maladie; aucune affection de poitrine n'en fut la suite. Home voulut pratiquer cette inoculation d'une autre manière. Il plaça dans le nez d'un enfant bien portant un morceau de coton qui avait séjourné dans celui d'un enfant malade de la rougeole; cette expérience, répétée plusieurs fois, ne réussit pas. D'autres praticiens ont répété l'inoculation de la rougeole, et ils prétendent que la maladie, ainsi communiquée, est plus grave que lorsqu'elle survient naturellement. Nous n'en doutons pas moins de la possibilité de la transmission de la rougeole par un pareil moyen.

ROUGEUR, s. f., *rubor*. La rougeur des tissus organiques pourrait devenir le sujet d'un travail important que nous ne pouvons qu'esquisser dans cet ouvrage. Parmi ces tissus, les uns, tels que les muscles, sont rouges dans l'état normal; les autres ne le deviennent que dans l'état d'excitation ou dans l'état pathologique : telles sont la plus grande partie de la peau et les membranes séreuses. Une grande question est de savoir si les membranes muqueuses dérobées à notre vue dans l'état de vie sont rouges ou blanches. Nous sommes portés à penser qu'il en est pour elles comme pour la peau, qui est rouge en certains endroits et blanche dans d'autres; mais il resterait à déterminer dans quelles de leurs parties le blanc

domine. Il résulte des recherches de Billard que la membrane muqueuse gastro-intestinale est blanche après la mort, et lorsque les sujets ont succombé à la suite d'un accident; mais cela n'apprend rien sur la couleur de cette membrane pendant la vie. Les cas de plaie du tube digestif, examiné à l'instant même où il vient d'être divisé, éclairciront seuls la question, et c'est avec raison que Celse a donné cet examen des plaies comme un des moyens d'avancer l'anatomie et la connaissance des maladies internes.

Les tissus, devenus rouges ou plus rouges que dans l'état normal, sous l'empire d'une affection morbide, conservent-ils toute cette coloration, ou bien la perdent-ils en partie, ou même en totalité par la mort? Les choses se passent de ces trois manières selon les conditions, et, pour s'en assurer, il suffit de remarquer ce qui a lieu pour les rougeurs morbides de la peau, de la conjonctive, des lèvres, de la membrane buccale et nasale, et des parties génitales. La rougeur est-elle superficielle, s'est-elle établie subitement, a-t-elle duré peu? elle cesse avec la vie, et il n'en reste aucune trace. Si, au contraire, la rougeur s'étend à toute l'épaisseur du tissu, dans une assez grande étendue, si elle a duré un certain temps, elle diminue avec la vie, mais elle ne cesse pas avec elle; seulement elle se rétrécit, s'éclaircit, et ne se conserve que dans les endroits où elle était le plus intense.

Les cas thérapeutiques où l'on provoque la rougeur dans l'intention de remplir une indication, viennent à l'appui de ce que nous venons d'énoncer.

Une chose qu'il ne faut pas oublier, c'est que les rougeurs qu'on trouve dans les cadavres ne sont que les traces de celles qui avaient lieu pendant la vie; que, par conséquent, lorsqu'on trouve de faibles rougeurs dans un organe qui a donné des signes d'une vive inflammation pendant la vie, il ne faut rien en conclure, si ce n'est qu'un tissu mort contient moins de sang qu'un tissu vivant; et qu'il est absurde de dire : ce malade a péri avec tous les symptômes d'une violente gastro-entérite; je ne trouve dans l'estomac et les intestins que de légères rougeurs; donc il est mort d'une fièvre essentielle.

D'un autre côté, il ne paraît pas moins absurde de dire : ce malade n'a présenté, il est vrai, aucun symptôme caractéristique de gastro-entérite; voilà quelques rougeurs, très-légères à la vérité, dans l'estomac et les intestins; donc il est mort des suites de cette inflammation.

Les symptômes sont, pendant la vie, tout ce qu'ils peuvent être, tandis qu'après la mort on ne trouve que les restes des caractères morbides des organes.

La pathologie n'est fondée uniquement ni sur l'anatomie

pathologique, ni sur la symptomatologie, mais sur l'union physiologique de ces deux branches de la phénoménologie animale. *Voyez* INFLAMMATION et FIÈVRE.

ROUSSEUR, s. f., *lentigo;* taches roussâtres de la grandeur d'une petite lentille qui survient à la peau chez les sujets jeunes qui ont ce tissu très-fin, très-sensible, ou qui s'exposent au soleil. *Voyez* ÉPHÉLIDES.

ROUTINE, s. f. Les latins n'avaient pas de mot équivalant à celui ci, qu'on a si souvent occasion d'appliquer en France. Qu'est-ce que la routine? La caricature de l'observation, du savoir, de l'expérience et de l'habileté. Ceux dont elle fait tout le triste mérite lui donnent le nom d'*expérience;* ils se donnent modestement le titre de *praticiens* pour esquiver celui de *routiniers.* La routine en médecine consiste à voir les symptômes d'une maladie sans en rechercher la nature et le siége, à la nommer d'après le phénomène le plus saillant, le plus grossier, à prescrire le remède que tel professeur, tel confrère, telle commère prescrivent en pareille circonstance, sans examiner si le cas est bien le même, et sans s'occuper des contre-indications. Le routinier affectionne certains remèdes, et les prescrit à la plupart de ses malades; il leur ordonne les alimens qu'il aime, les boissons qu'il préfère, les remèdes qui l'ont guéri. Le malade vient-il à se rétablir, le routinier l'avait prévu : car il a toute confiance dans ses prescriptions. Le malade vient-il à mourir, le routinier ne s'en étonne pas, car il en a vu mourir tant d'autres en pareil cas, et d'ailleurs il a fait ce que son *expérience* lui dictait; sa conscience est en repos. Quel heureux sort que celui du routinier! il court, il s'agite, il voit beaucoup de malades en peu de temps; il est toujours sûr de son fait et toujours content de lui-même; le public le chérit à cause de son assurance; il s'enrichit sans remords. Toutes réflexions faites, quand on est médecin, il faut être ou plat routinier ou intrigant audacieux, pour dormir tranquille.

RUBÉFACTION, s. f., *rubefactio;* coloration de la surface de la peau en rouge, avec douleur, mais sans soulèvement ni rupture de l'épiderme. La partie rubéfiée éprouve en même temps une légère élévation, dont on s'aperçoit peu toutefois, parce que la rubéfaction se fait généralement sur une surface assez étendue, et qu'elle va en s'éteignant d'une manière insensible.

La rubéfaction est tantôt spontanée, comme dans la plupart des exanthèmes, les maladies érysipélateuses et les phlegmons, sous-cutanés surtout; tantôt provoquée par l'art, dans le but de détourner une irritation grave fixée sur un organe important. Quoiqu'assez fréquemment employée, c'est un moyen

assez faible, sur lequel il ne faut pas trop compter, et qu'il ne faut considérer que comme l'avant-coureur d'autres plus énergiques.

L'épiderme tombe ordinairement par écailles lorsque la rubéfaction se dissipe; mais cette desquamation n'a pas toujours lieu.

RUBÉFIANT, s. m. et adj., *rubefaciens;* qui produit la rubéfaction, qui fait rougir la peau. On donne ce nom à des agens médicinaux qui ne diffèrent des épispastiques qu'en ce qu'ils sont moins énergiques, et ne soulèvent pas l'épiderme, mais se contentent d'appeler une plus grande quantité de sang dans les vaisseaux du derme. Le calorique, la compression long-temps continuée, les acides minéraux étendus d'une certaine quantité d'eau, les dissolutions salines, les alcalis affaiblis, et les corps qui renferment un principe âcre, telles sont les substances qu'on emploie le plus souvent à titre de rubéfians.

RUE, s. f., *ruta;* genre de plantes de la décandrie monogynie, L., qui sert de type à la famille des rutacées, J., et qui a pour caractères : calice persistant, à quatre ou cinq divisions; quatre ou cinq pétales onguiculés; huit à dix étamines; ovaire muni à sa base de huit ou dix pores nectarifères; capsules à quatre ou cinq loges polyspermes.

La *rue commune*, *ruta graveolens*, qui croît spontanément dans le midi de l'Europe, et qu'on cultive assez souvent dans les jardins, exhale une odeur forte et désagréable. Elle a une saveur âcre et amère. Ces deux qualités se dissipent en partie par la dessiccation. Les diverses parties de la plante, notamment ses graines, fournissent une huile volatile et une eau distillée, moins âcre et moins désagréable à l'odorat que la plante elle-même, tandis qu'au contraire l'extrait aqueux de cette dernière est très-âcre et fort irritant. Il suffit de froisser la rue entre les mains pour occasioner des démangeaisons, et son application, long-temps continuée, sur la peau, y produit un effet rubéfiant. Lorsqu'on la prend à l'intérieur, elle cause une vive excitation et un sentiment de chaleur. Orfila a reconnu qu'à haute dose elle peut déterminer l'inflammation des voies gastro-intestinales. Elle accélère le mouvement circulatoire, et paraît exercer souvent sur l'utérus une action marquée, qui s'annonce par des hémorragies ou l'apparition intempestive de l'écoulement menstruel; de là vient l'emploi fréquent que les anciens et les modernes en ont fait contre l'aménorrhée. Quoiqu'elle ait réussi dans plusieurs cas, on ne saurait lui attribuer une propriété emménagogue spéciale, puisque tous les excitans un peu énergiques du canal intestinal produisent fréquemment le même résultat. Les feuilles sont la partie la plus usitée. On les donne surtout en infusion, à la dose d'une pincée ou deux par pinte d'eau. Quelquefois on prescrit l'eau distillée à celle

d'une ou deux onces, et l'huile essentielle, celle de deux à six gouttes. On ne se sert plus aujourd'hui de la conserve, de l'extrait et de l'infusion acéteuse, jadis employées, non plus que de l'infusion huileuse, dont on faisait des embrocations sur le ventre des enfans tourmentés par des vers. La rue entre dans le vinaigre des quatre voleurs.

RUGINE, s. f., *radula;* instrument dont les chirurgiens se servent pour ratisser les os. Il consiste en une épaisse plaque d'acier un peu tranchante sur les bords, dont le milieu d'une des faces reçoit une tige montée sur un manche à facettes. Cette plaque reçoit différentes formes.

RUMINATION, s. f., *ruminatio;* action de mâcher une seconde fois les alimens en les ramenant de l'estomac dans la bouche. Ce phénomène singulier, qui appartient à tout un ordre de la classe des mammifères, est rare dans l'espèce humaine, quoi qu'aient pu dire les auteurs, Peyer entre autres.

Il ne diffère du vomissement que parce qu'il est moins brusque, de sorte que les substances contenues dans l'estomac peuvent remonter en petite quantité à la fois dans la bouche, et y séjourner. Ce qui le rend surtout curieux, c'est que, comme on ne peut l'attribuer qu'à l'estomac, sans aucune intervention du diaphragme, ni d'aucun autre muscle, il prouve, contre l'opinion de certains physiologistes modernes, que le ventricule n'est point inerte et passif dans l'acte du vomissement.

Percy a décrit de la manière suivante les phénomènes de la rumination chez l'homme. Quand le regorgement se prépare et devient imminent, la tête et le menton se portent en haut et en bas et contre le sternum; un bruit sourd se fait d'abord entendre dans le pharynx, ensuite en survient un autre plus sonore et plus brusque, qu'on a nommé *tic*, et qui donnerait presque l'idée d'une soupape s'ouvrant tout à coup. Au milieu de ces mouvemens, l'œsophage éprouve des tractions, des succussions, qui sollicitent l'estomac, et en attirent plutôt qu'elles n'en font expulser une partie des matières que cet organe renferme. L'œsophage est agité sans cesse à sa moitié inférieure, et l'estomac ne reste jamais en repos; ils jouissent tous deux d'un mouvement péristaltique qui est plus sensible sur quelques points que sur d'autres. L'estomac éprouve en outre une sorte de flux et de reflux qui varient dans leur direction, et qui s'exercent localement et en tous sens, agissant sur toutes les matières qui correspondent à l'endroit où se passe cette agitation; c'est ce qui explique assez bien le choix singulier que cet organe fait souvent des substances spéciales dont le séjour dans sa cavité le tourmente, et le rejet qu'il en fait, sans aucune perturbation pour les autres.

La rumination diffère du vomissement en ce qu'elle n'est

point précédée de nausées, et qu'elle a lieu sans aucun effort de l'enceinte musculaire abdominale, sans aucune action appréciable de la part de l'estomac, quoique certainement celui-ci ne soit pas étranger à ce qui se passe en dedans de lui-même.

RUYSCHIENNE, s. f. et adj., *ruyschiana;* nom donné par les anatomistes à la couche interne de la choroïde, qu'il est impossible d'isoler chez l'homme, mais qui est séparée et distincte chez les poissons.

S

SABINE, s. f., *juniperus sabina;* espèce de GENÉVRIER, qui s'élève à la hauteur de dix ou quinze pieds, et qui croît naturellement dans le midi de l'Europe et le Levant. Ses feuilles et ses jeunes rameaux exhalent une odeur très-forte et désagréable; sa saveur est chaude et amère. On en retire de la résine et une huile volatile abondante. Lorsqu'on tient cette plante en contact prolongé avec la peau, elle l'irrite et l'enflamme; elle produit le même effet sur les voies gastro-intestinales; il n'en faut qu'une assez faible dose pour irriter avec force l'estomac, et causer des accidens fâcheux, tels que vomissemens, coliques, déjections sanglantes, crachement de sang, pertes utérines, état fébrile plus ou moins marqué. Il résulte de là que c'est une des substances dont l'emploi réclame le plus de circonspection. De toute antiquité la sabine a passé pour emménagogue, et elle jouit même encore, sous ce point de vue, d'une réputation populaire; aussi est-ce un des moyens dont le crime s'est le plus souvent servi pour détruire les fruits du libertinage et de la séduction. On emploie sa poudre, comme cathérétique, pour faire tomber les excroissances vénériennes.

SABURRE, s. f., *sordes.* On a donné ce nom à des matières acides, bilieuses, crues, nidoreuses, que l'on supposait en permanence dans l'estomac, et auxquelles on attribuait toutes les maladies qu'aujourd'hui on attribue avec plus de fondement à l'irritation de ce viscère et de ses dépendances. De là les *maladies*, les *fièvres*, les *inflammations saburrales*, qu'il fallait traiter par les vomitifs ou par les purgatifs, quel que fût d'ailleurs le caractère du mal. Il existe en Angleterre un médecin qui prétend qu'en donnant chaque jour, pendant une semaine, un ou plusieurs mois, plusieurs grains d'aloës, de jalap ou de calomélas, on peut guérir et même prévenir toutes les maladies. Chaque pays a son Hamilton.

SACCHARINITE, s. m.; nom donné par Delens à un groupe de principes immédiats des corps organisés qui participent plus ou moins de la nature du sucre; leurs caractères sont d'avoir une saveur sucrée agréable, d'être dépourvus d'odeur, presque tous solides et inaltérables à l'air, très-solubles dans l'eau, et solubles dans l'alcool, au moins un peu affaibli, de se boursoufler au feu, en exhalant une odeur de caramel, de pouvoir éprouver la fermentation alcoolique, de donner de l'acide malique et de l'acide oxalique, mais point d'acide mucique, quand on les traite par l'acide nitrique, et enfin de décomposer les sels de cuivre, en se combinant avec l'oxide de ce métal. Ils ne contiennent pas d'azote. Ce sont le sucre proprement dit, le sucre sétiforme, le sucre cristalloïde, le sucre des diabétiques, le sucre artificiel et le sucre liquide ou incristallisable.

SACCHAROITE; nom donné par Delens à un groupe de principes immédiats des corps organisés qui participent un peu de la saveur du sucre. Ce sont des substances neutres et non azotées, qui n'ont pas d'odeur, une seule exceptée, et dont la saveur est sucrée, quelquefois mêlée d'amertume; presque tous sont solides et inaltérables à l'air, et solubles dans l'eau, au moins à l'aide de la chaleur; tous se dissolvent dans l'alcool, un seul excepté. Ils ne sont pas susceptibles d'éprouver la fermentation alcoolique; ils donnent, quand on les traite par l'acide nitrique, ou de l'acide mucique, ou de la matière jaune, ou une substance résinoïde, et souvent en outre de l'acide oxalique; enfin ils ne décomposent point les sels de cuivre. Ce sont le principe doux des huiles, le picromel, le sucre de lait, la mannite, l'olivile, la glycyrrhizine, et la sarcocolline.

SACCO-GOMMITE, s. m.; nom donné par Desvaux à la *glycyrrhizine*, ou principe sucré de la réglisse.

SACRÉ, adj. *sacer*. Cette épithète a été quelquefois employée par les médecins comme synonyme de *terrible*. C'est ainsi que l'épilepsie a été appelée *mal sacré*, et l'érysipèle *feu sacré*. On ne s'en sert plus aujourd'hui qu'en anatomie, où elle est imposée à un assez grand nombre de parties.

Deux artères portent le nom de *sacrées*, la latérale et la moyenne.

L'*artère sacrée latérale*, quelquefois fournie par le tronc de l'hypogastrique ou par l'ilio-lombaire, est, chez certains sujets, le premier rameau de la branche postérieure de l'hypogastrique, quand l'ilio-lombaire tire son origine d'un autre point. Il est rare qu'elle soit fournie par l'iliaque primitive, et il lui arrive peut-être plus souvent d'être double que simple; dans ce cas, la portion supérieure, qui ne se porte qu'en arrière, est

ordinairement séparée de l'inférieure; mais l'artère ne provient pas toujours, en pareil cas, soit du tronc de l'hypogastrique, soit de l'ilio-lombaire, et il lui arrive tout aussi souvent de naître immédiatement au dessus de la portion inférieure, au devant de la branche postérieure de l'artère hypogastrique.

Cette artère se dirige en arrière et en dedans, et descend sur la face antérieure du sacrum, au devant des trous sacrés antérieurs. Dans son trajet, elle se divise en branches internes et en branches postérieures. Les premières se répandent sur la face antérieure du sacrum, auquel elles distribuent leurs ramifications, et s'anastomosent avec les branches latérales de la sacrée moyenne. Les autres, qu'on peut appeler aussi externes, s'enfoncent dans les trous sacrés antérieurs, et ne tardent pas à se partager en deux rameaux; l'un antérieur, qui se répand sur la face antérieure du canal; l'autre postérieur, qui sort par le trou sacré postérieur, et va se jeter dans la partie inférieure des muscles du dos. Toutes ces branches donnent des ramifications aux nerfs lombaires et sacrés, ainsi qu'aux membranes de la moelle épinière, et s'anastomosent avec l'artère spinale antérieure.

L'*artère sacrée moyenne* ou *antérieure* représente réellement la continuation et la fin du tronc de l'aorte, ce qui la rend fort remarquable, malgré la petitesse de son calibre, qui n'excède ordinairement pas celui d'une des lombaires. Lorsqu'elle provient de l'aorte elle-même, elle naît de son côté postérieur, immédiatement au dessus de l'origine des deux iliaques primitives; mais il lui arrive assez souvent d'être fournie par l'une de ces dernières, notamment par celle du côté gauche, dont alors elle se détache presque toujours très-haut, précisément au dessous de son origine. Cette artère descend sur le milieu de la face antérieure du corps de la dernière vertèbre lombaire et du corps du sacrum et du coccyx, collée immédiatement à la surface de ces os, sur lesquels elle décrit un grand nombre de flexuosités. Toutes les branches qu'elle fournit naissent de ses parties latérales. La première, et la plus volumineuse, est communément la cinquième ou dernière artère lombaire gauche, qui surpasse quelquefois en volume la continuation du tronc lui-même, de sorte qu'alors la sacrée moyenne semble naître de la lombaire inférieure. Cette branche, à l'instar de toutes les lombaires, se dirige en arrière et en dehors; parvenue devant le trou de conjugaison compris entre la cinquième vertèbre des lombes et le sacrum, elle se partage en deux rameaux, l'un postérieur, l'autre antérieur. Ce dernier, beaucoup plus considérable que l'autre, se porte en dehors, sous le muscle grand psoas, et tantôt, lorsque la quatrième artère lom-

baire descend moins bas que de coutume, marche sur la crête iliaque, et va gagner le muscle carré des lombes, qu'il traverse pour se jeter dans les muscles larges du bas-ventre, de même que dans les fessiers; tantôt aussi, quand c'est la quatrième artère lombaire qui donne ces rameaux, et que l'ilio-lombaire n'est point aussi développée, s'enfonce dans les muscles grand psoas et iliaque. Ensuite les parties latérales de l'artère sacrée moyenne donnent ordinairement, sur chacune des fausses vertèbres du sacrum, deux branches transversales plus ou moins flexueuses, qui se portent en dehors, fournissent une multitude de ramifications au périoste et à la substance de l'os, s'anastomosent avec les branches des artères sacrées latérales, pénètrent avec elles dans le canal rachidien par les trous sacrés antérieurs, sortent ensuite par les trous sacrés postérieurs, et se répandent dans la partie inférieure des muscles du dos. Enfin, l'artère sacrée moyenne se perd, à l'extrémité du coccyx, dans l'extrémité inférieure du rectum et les graisses qui l'entourent. Fort souvent cette artère, au lieu de rester simple, se partage, non loin de son origine, en deux branches qui s'anastomosent tant ensemble qu'avec les sacrées latérales.

Le *canal sacré* traverse de haut en bas le sacrum, et fait suite au canal rachidien. Il est triangulaire, diminue de largeur de haut en bas, s'aplatit un peu dans ce dernier sens, et loge le faisceau des nerfs sacrés; la fin des membranes méningiennes le tapisse.

Les *nerfs sacrés* sont au nombre de cinq et quelquefois de six de chaque côté. Ils sortent du canal rachidien par les trous sacrés, à l'exception du dernier qui passe entre le sacrum et la première pièce du coccyx. Ils diffèrent de tous les autres nerfs spinaux par la situation de leurs ganglions. Ils ne s'anastomosent point à la sortie du nerf, mais dans le canal même de la colonne vertébrale, et sont d'autant plus distans des trous sacrés que les nerfs auxquels ils appartiennent naissent plus bas, de sorte que les racines antérieures et postérieures de ces derniers se réunissent au dedans même du canal rachidien. Les troncs qui résultent de leur jonction se partagent, non loin de leur origine, et aussi dans l'intérieur du canal vertébral, en branches antérieures et postérieures, qui ne s'anastomosent ordinairement point ensemble dans ce canal, mais sortent, les premières, par les trous sacrés antérieurs, et les autres par les trous sacrés postérieurs. Les branches antérieures, réunies à celles des nerfs lombaires, forment un plexus qu'on peut appeler crural ou fémoral, et distinguer en deux portions, dont l'inférieure, ou le *plexus sacré*, doit naissance aux nerfs sacrés. Les branches postérieures vont en grossissant depuis la première jusqu'à la quatrième, qui est la plus volumineuse.

Les *trous sacrés* sont des ouvertures que le sacrum présente sur les parties latérales de ses deux faces.

La *veine sacrée latérale*, qui accompagne l'artère, se jette dans l'hypogastrique ou l'iliaque interne.

La *veine sacrée moyenne*, qui suit également le trajet de l'artère, s'abouche presque toujours dans la partie postérieure de la bifurcation de la veine cave inférieure.

SACRO-COCCYGIEN, adj., *sacro-coccygeus ;* nom donné à l'articulation qui résulte de l'union du sacrum avec le coccyx. Elle a beaucoup de rapport avec celles des corps des vertèbres entre eux. C'est une amphiarthrose formée par le sommet du sacrum, où se remarque une facette ovalaire qui correspond à la base du coccyx. Elle est affermie par un fibro-cartilage et par deux ligamens, l'un antérieur, l'autre postérieur.

Le fibro-cartilage ne diffère de ceux qui existent entre les corps des vertèbres, que parce qu'il est plus mince, et que son centre est moins pulpeux.

Le ligament antérieur, à peine sensible, et souvent même indiscernable, s'étend du sacrum à la face pelvienne du coccyx.

Le postérieur, beaucoup plus marqué, se fixe en haut aux bords de l'échancrure qui termine le canal sacré, et descend perpendiculairement jusqu'à la région spinale du coccyx, où il s'épanouit.

Il est aussi rare que l'on croyait autrefois fréquent d'observer des luxations réelles de l'articulation sacro-coccygienne. Smellie a démontré que, dans le cas même où les pièces du coccyx sont soudées entre elles, et cet os ankylosé sur le sacrum, l'accouchement, chez une femme bien conformée, n'en éprouve pas de notable retard. Les manœuvres destinées à déprimer le coccyx et à le porter en arrière, sont donc peu utiles, et jamais elles ne doivent avoir assez de violence pour déchirer les liens fibreux qui garnissent la face antérieure de cet os. Des coups, dirigés sur la région qu'il occupe, peuvent bien l'enfoncer vers le bassin, et distraire ses ligameus postérieurs, mais il est presque impossible que l'effort soit porté assez loin pour déterminer une véritable luxation. Dans tous les cas de ce genre, de même que chez les femmes qui, à la suite de l'accouchement, ressentent une douleur fixe et profonde vers la pointe du sacrum, il faut donc moins s'occuper du déplacement du coccyx, que de remédier au froissement et à la contusion que les parties voisines ont éprouvé. Le repos, des bains de siége, des saignées locales, sont alors les moyens les plus efficaces que l'art puisse conseiller, et lorsque les accidens inflammatoires sont dissipés, on voit que l'os a repris sa situation normale, dans les cas même où il en avait d'abord été écarté.

Nous avons vu toutefois une jeune fille dont le coccyx fait saillie à la pointe du sacrum, et, se portant directement en bas, était incessamment heurté par le corps sur lequel la malade s'asseyait. Il résultait de ces percussions répétées des douleurs vives et continuelles à la région du coccyx; cet os se renversait de plus en plus en arrière, et la peau qui recouvrait sa pointe menaçait de s'ulcérer. Un bandage, composé d'une ceinture d'acier élastique, surmontée en arrière d'une tige de même métal recourbée et s'appliquant exactement aux parties extérieures, suffit pour enfoncer l'os et le maintenir dans sa situation normale. Nous ignorons si la malade a dû porter long-temps cet appareil, et s'il a procuré une guérison parfaite; mais la disposition pour laquelle il avait été construit, est très-remarquable et très-rare.

SACRO-ÉPINEUX, adj., *sacro-spinosus*. On appelle ainsi, ou *sacro-iliaque inférieur*, un ligament placé sur la portion du grand ligament sacro-sciatique qui vient de la crête de l'os des îles. C'est un très-fort faisceau alongé et aplati de fibres perpendiculaires, d'inégale longueur, qui se fixe d'un côté à l'épine supérieure et postérieure de l'os iliaque, de l'autre, sur les parties latérales et postérieures du sacrum, au niveau du troisième trou sacré.

SACRO-ILIAQUE, adj., *sacro-iliacus*; nom de l'articulation ou symphyse qui unit ensemble les os sacrum et coxal. C'est une synarthrose formée par l'adossement de larges facettes revêtues chacune d'une lame cartilagineuse, mince, un peu plus épaisse néanmoins du côté du sacrum. Ces deux lames ne se touchent pas, et sont séparées l'une de l'autre par une substance molle, jaunâtre, disposée en flocons isolés dont on ne connaît pas la nature. Les liens qui affermissent l'articulation sont les deux ligamens sacro-sciatique, le sacro-épineux et le sacro-iliaque.

On appelle aussi *sacro-iliaque* un ligament situé à la partie postérieure du tronc, qui occupe l'espace compris entre le sacrum et l'os coxal, au devant de la masse musculaire logée dans chaque gouttière vertébrale. Il s'attache aux deux premières éminences qui bornent les gouttières sacrées au dehors, et à l'espace compris entre ces éminences et la surface cartilagineuse située plus en devant; de là il va gagner la face interne de la tubérosité iliaque, où il s'implante. Les fibres qui le composent sont très-résistantes, très-serrées et entrecroisées dans une foule de sens différens.

Les articulations qui unissent les os coxaux entre eux et au sacrum forment un système dont toutes les parties se soutiennent essentiellement, et présentent une puissante résistance aux corps extérieurs. Cependant on possède des exemples bien

constatés d'enfoncemens du sacrum vers le centre du bassin, et par conséquent de luxations des articulations sacro-coxales. Les déplacemens de ce genre sont, il est vrai, presque toujours incomplets, à raison de l'étendue des surfaces par lesquelles les os se touchent, et de l'extrême solidité des liens qui les unissent. Ils ont lieu, en général, à la suite de chutes de lieux élevés, ou de percussions exercées par des corps pesans et à larges surfaces sur la région sacrée, le tronc étant incliné en avant; position qui est assez commune chez les maçons, les charpentiers, et d'autres ouvriers employés aux constructions.

Les luxations qui nous occupent ont lieu de manière à produire tantôt l'enfoncement direct du sacrum, tantôt la simple disjonction de l'un des os coxaux qui remonte ou descend en arrière, au delà de sa situation normale. Ce dernier cas était celui d'un homme dont Esnaux, Hoin et Chaussier ont publié l'intéressante observation. L'impossibilité de se tenir debout et de marcher; la difficulté très-grande de mouvoir les membres inférieurs, et spécialement celui qui correspond à la fracture; la saillie des parties postérieures des os coxaux sur les côtés du sacrum, ou la situation plus élevée de l'un d'eux; enfin, la mobilité dont ils jouissent, et qui leur permet d'exécuter en arrière des mouvemens plus ou moins étendus : tels sont les signes ordinaires des luxations sacro-coxales. Quelquefois, l'un des os pubis est plus saillant que l'autre, et le sujet se plaint d'une douleur très-vive à l'aine du côté correspondant. Dans les cas de ce genre, le déplacement n'est que la plus faible partie d'une lésion presque toujours étendue aux organes que le bassin renferme, à la moelle épinière et aux viscères abdominaux. Si la mort n'a pas lieu immédiatement, le sujet doit être placé dans un lit, maintenu immobile, ayant le bassin entouré d'un bandage circulaire assez serré, et soumis à toute la rigueur du régime antiphlogistique le plus sévère. Des saignées générales et locales devront lui être largement pratiquées, afin de prévenir ou de combattre le développement de l'inflammation. Si, à l'aide de ces moyens, les organes intérieurs se rétablissent de l'ébranlement qu'ils ont souffert, les os pourront à leur tour se raffermir, et la guérison s'opérer, laissant après elle une difformité et une claudication plus ou moins considérable. Tous les efforts de réduction nous semblent inutiles et dangereux.

On cite des exemples, sinon de luxations, du moins d'éraillement des ligamens des articulations coxo-fémorales, survenues à l'occasion d'efforts violens, ou durant l'exercice de l'escrime. Mais on conçoit difficilement que des lésions de ce genre puissent survenir à la suite de causes aussi légères, lors-

que les parties n'y sont pas prédisposées par des maladies antérieures et profondes. Dans tous les cas, elles ne réclament pas d'autre moyen de traitement que ceux qui viennent d'être indiqués.

SACRO-LOMBAIRE, s. m. et adj., *sacro-lumbaris;* nom d'un muscle compliqué, qui est situé entre le sacrum et le rachis. Ce muscle forme le ventre externe du sacro-spinal. Il est alongé, très-épais, grêle en haut et pyramidal. On y distingue deux origines; l'une inférieure, qui correspond d'abord à la partie postérieure de la crête iliaque, au dessus de l'épine supérieure et postérieure, puis en arrière et en dehors de l'aponévrose commune, l'autre interne et supérieure, fixée par douze petits tendons alongés, dont chacun s'insère au dessus de l'angle d'une côte, et qui sont d'autant plus longs et moins épais qu'ils sont plus supérieurs. Les fibres charnues qui proviennent de la crête iliaque et de l'aponévrose commune montent presque perpendiculairement vers les six dernières côtes environ, où elles se terminent par autant de tendons aplatis, qui croisent la direction des précédens, et s'implantent au dessous de l'angle. Celles qui naissent des côtes forment des languettes, d'abord isolées, puis réunies, ce qui continue le corps du muscle, qui cesserait au milieu de la poitrine, si ces nouvelles fibres ne s'ajoutaient à celles qui viennent des lombes. Unies les unes aux autres, ces languettes se portent obliquement en dehors et en haut, et viennent se terminer, les inférieures aux côtes supérieures, et les supérieures aux quatre ou cinq dernières apophyses transverses cervicales, par d'autres tendons qui, continuant la série commencée par les précédens, sont d'abord placés sur la partie postérieure des fibres charnues, où ils s'unissent souvent, comme eux, par leurs bords voisins, en formant un plan presque continu, puis s'isolant exactement les uns des autres, deviennent d'autant plus longs et plus grêles qu'ils sont plus supérieurs, et s'attachent à la poitrine, sous l'angle des côtes, comme les précédens, excepté à la première, où ils se terminent à la tubérosité.

Ce muscle répond, en arrière, aux aponévroses de l'oblique interne et du transverse, aux deux petits dentelés postérieurs et à l'aponévrose vertébrale; en devant, à la lame aponévrotique moyenne du transverse, aux côtes, aux intercostaux et au transversaire; en dedans, au long dorsal, avec lequel il est d'abord confondu, et dont le séparent ensuite des branches vasculaires et nerveuses; en dehors, à l'écartement des lames aponévrotiques du transverse, aux angles des côtes, aux scalènes et un peu à l'angulaire. Il fixe l'épine du dos latéralement, et abaisse les côtes.

SACRO-SCIATIQUE, *sacro-sciaticus;* épithète donnée à deux ligamens, qu'on distingue en *postérieur* et *antérieur*.

Le *postérieur* ou *grand ligament sacro-sciatique*, situé à la partie inférieure et postérieure du bassin, est triangulaire, mince et aplati; il naît de l'extrémité de la crête iliaque, ainsi que des côtés et un peu de la partie postérieure du sacrum et du coccyx, se dirige obliquement en dehors et en bas, perdant de sa largeur mais augmentant d'épaisseur à mesure qu'il avance, et se fixe enfin à la tubérosité de l'ischion, en s'élargissant un peu de nouveau. Dans cet endroit, il fournit un petit prolongement fibreux qui cotoie la partie interne de la tubérosité sciatique, s'attache au dessus d'elle par son bord convexe, et recouvre le muscle obturateur interne par son bord concave. Ce ligament correspond en arrière au grand fessier, qui s'y attache, en devant et en dedans, au petit ligament sacro-sciatique, et en dehors, à un intervalle triangulaire qui donne passage au muscle obturateur interne, ainsi qu'au nerf et aux vaisseaux honteux. Les fibres qui le composent laissent souvent entre elles des espaces remplis par du tissu cellulaire ou des vaisseaux.

L'*antérieur* ou *petit ligament sacro-sciatique* a la même forme que le précédent, au devant duquel il est situé; mais il est plus petit que lui, large en dedans et confondu en partie avec lui, et se fixe un peu plus antérieurement, sur les côtés du sacrum et dans une petite étendue du bord du coccyx. De là il se porte en dehors et en devant, vers l'épine sciatique, à laquelle il s'insère. Ce ligament se rétrécit et devient plus épais à mesure qu'il se rapproche de l'épine. Ses fibres sont souvent séparées en plusieurs faisceaux distincts.

Ces deux ligamens servent à compléter le bassin en devant, où il manque de parois osseuses.

SACRO-SPINAL, s. m. et adj., *sacro-spinalis;* nom d'un muscle qui remplit presque entièrement la gouttière creusée entre les apophyses épineuses des vertèbres d'une part, les apophyses transverses et les côtes, de l'autre. Il forme un faisceau charnu très-épais, un peu aplati, rétréci en bas, plus large en haut, qui occupe l'espace compris entre la partie supérieure du sacrum et la douzième côte, à la hauteur de laquelle il se partage en deux ventres, dont on a fait des muscles distincts, sous les noms de *long du cou* et *sacro-lombaire*.

SACRO-VERTÉBRAL, adj., *sacro-vertebralis;* nom de l'articulation qui joint le sacrum à la cinquième vertèbre des lombes. Cette articulation, tout à fait semblable à celle des vertèbres entre elles, a lieu par trois points différens; 1° la facette ovale que présente le milieu de la base du sacrum, et qui s'unit à la face inférieure du corps de la dernière vertèbre,

en formant une amphiarthrose; 2° deux facettes articulaires, situées derrière l'entrée du canal sacré, et qui constituent une double arthrodie avec les facettes inférieures de cette même vertèbre. Les moyens d'union sont les grands ligamens vertébraux, antérieur et postérieur, qui se prolongent jusqu'au sacrum; un fibro-cartilage intermédiaire à ce dernier et au corps de la dernière vertèbre; un ligament jaune, intermédiaire aussi aux lames de celles-ci et à la partie postérieure de l'orifice du canal sacré; un inter-épineux, qui unit la crête médiane du sacrum à l'apophyse épineuse de cette vertèbre, et la fin du sur-épineux, qui passe en cet endroit pour aller se terminer au sacrum.

On appelle aussi *ligament sacro-vertébral* un faisceau fibreux très-fort et très-court, qui part de la partie inférieure et antérieure de l'apophyse transverse de la dernière vertèbre, se porte obliquement en dehors et en bas, et va se fixer à la partie supérieure du sacrum, en s'entrecroisant avec des fibres irrégulières placées au devant de l'articulation sacro-iliaque.

SACRUM, s. m. os impair qui concourt à former le bassin, dont il occupe la partie postérieure. C'est le plus fort et le plus large de tous ceux qui composent la colonne vertébrale.

Recourbé inférieurement en devant, il a la forme d'un carré irrégulier, car il est à la fois et plus large et plus épais en haut qu'en bas. Il ressemble à une grosse vertèbre produite par la soudure de cinq, empilées les unes sur les autres.

On y distingue une partie moyenne et antérieure, ou le *corps*, et une autre postérieure, beaucoup moins épaisse, l'*arc*, entre lesquelles règne le *canal sacré*, qui le parcourt dans toute son étendue de haut en bas, et va en se rétrécissant peu à peu, surtout d'avant en arrière. La face supérieure du corps, un peu concave, est couverte de fibro-cartilage. L'inférieure, également incrustée de cartilage, regarde la première pièce du coccyx. De chaque partie latérale de l'arc, se détache une apophyse transverse, et sur son milieu, en arrière, règne une série plus ou moins interrompue d'élévations, qui représente l'apophyse épineuse. Le long de cette crête, on observe, de chaque côté, sur la face postérieure de l'arc, une autre série de petites aspérités, qui correspondent aux apophyses articulaires. Enfin, entre celles-ci et le corps, se trouvent des ouvertures, appelées trous sacrés, qui sont les analogues des trous de conjugaison.

Les différences qu'on remarque entre le sacrum et une vertèbre ordinaire tiennent, d'une part, à ce qu'il est composé de plusieurs vertèbres soudées ensemble; de l'autre, à ce que les soudures qui unissent ces diverses pièces ont lieu aussi sur

des points où il n'y a pas de jonction entre les véritables vertèbres. C'est ce qui fait qu'au lieu d'apophyses épineuses simples, on trouve des épines, tantôt séparées et en nombre égal à celui des pièces du sacrum, tantôt soudées toutes ou plusieurs ensemble, de manière à produire une crête.

A la place des apophyses articulaires, qui sont soudées, on voit des éminences, quelquefois à peine sensibles. Les deux supérieures et les deux inférieures sont cependant très-marquées. On les connaît sous le nom de *cornes* du sacrum. Le plus souvent, au lieu des larges surfaces articulaires libres et encroûtées de cartilage, que présentent les autres vertèbres, on ne trouve que des bords tranchans et peu saillans; mais il n'est pas rare néanmoins que les apophyses articulaires inférieures de la première pièce du sacrum portent aussi, comme les autres vertèbres, des surfaces articulaires distinctes et libres.

Les ouvertures qui livrent passage aux derniers nerfs spinaux, forment de chaque côté deux séries, l'une antérieure, l'autre postérieure. Les trous supérieurs sont beaucoup plus grands que les inférieurs.

La face antérieure du sacrum est plus ou moins concave, et la postérieure plus ou moins convexe, suivant le sexe. La première est plus lisse que la seconde; on y aperçoit seulement quatre élévations transversales, placées chacune entre deux paires de trous sacrés, et qui sont les traces de la séparation primitive des cinq vertèbres. On y voit aussi les quatre paires de trous antérieurs. La postérieure offre cinq rangées d'éminences; une moyenne, impaire, formée par les apophyses épineuses, et qu'on appelle *crête sacrée;* une seconde, de chaque côté, qui doit naissance à la soudure des apophyses articulaires; et, en dehors, une troisième, qui est la trace de celle des apophyses transverses. Les quatre trous sacrés postérieurs se trouvent entre ces deux séries d'éminences paires.

La face latérale du sacrum, très-large et épaisse dans sa moitié supérieure, est fort mince et réduite à un simple bord inférieurement. En haut, sa partie antérieure est lisse et couverte de cartilage, tandis que la postérieure est chargée d'aspérités.

Vers le quatrième mois de la grossesse, paraissent d'abord les corps, puis les parties latérales des vertèbres sacrées. Les parties latérales ne sont pas formées partout du même nombre de noyaux osseux, car il y en a deux de chaque côté dans les trois pièces supérieures, tandis qu'on n'en compte qu'un seul dans les deux inférieures. De ces deux noyaux, l'un, qui forme une moitié de l'arc, se trouve en arrière, et l'autre en

devant; tous deux se soudent avec le corps. Les faces postérieures des parties latérales de chaque vertèbre se développent long-temps avec les antérieures, qui fournissent presque entièrement les surfaces articulaires du sacrum pour les os coxaux. Il se forme donc ainsi peu à peu vingt-un noyaux osseux, dont le sacrum est composé dans le fœtus à terme. Chacune des trois premières fausses vertèbres en contient cinq, et chacune des deux inférieures, trois. Toutes présentent une pièce moyenne plus considérable, qui est le corps. Les deux inférieures n'offrent, de chaque côté, qu'une moitié d'arc, qui se compose, dans les trois supérieurs, de deux germes osseux, l'un, antérieur, recourbé en devant, l'autre, postérieur, recourbé en arrière. Cette séparation subsite jusqu'à l'âge de trois ans. Cependant les extrémités des deux moitiés d'arc qui sont tournées en arrière, en dedans et l'une vers l'autre, prennent du développement, aussi bien que celles des vertèbres inférieures, qui, dans le fœtus à terme, se portent encore directement d'avant en arrière. Vers l'âge de trois ans, les trois pièces des vertèbres inférieures commencent à se souder, puis il en arrive autant aux pièces supérieures et antérieures des parties latérales des trois supérieures. Enfin, ces parties latérales se réunissent elles-mêmes avec le corps. Il n'est pas rare qu'on trouve encore, chez des sujets âgés de cinq ans, la première vertèbre composée de ses cinq pièces, et qu'à sept même on rencontre encore des vestiges de cette ancienne séparation. Beaucoup plus tard, et seulement après que l'accroissement est terminé, les corps et les apophyses transverses des diverses vertèbres se soudent ensemble, ainsi que les extrémités postérieures des deux moitiés d'arc de chacune.

Le sacrum, avant qu'il ait pris tout son accroissement, a la plus grande analogie avec les autres vertèbres, parce que ses pièces ne sont point encore soudées ensemble. Celles-ci ressemblent aux vertèbres proprement dites, sous le rapport du mode de développement, en ce qu'elles sont composées d'un corps et de parties latérales. A la vérité, le nombre de ces parties latérales diffère, dans les supérieures, de celui qu'on observe dans la plupart des vertèbres; mais, parmi les cervicales, il s'en trouve quelques-unes qui doivent également naissance à la réunion de plusieurs pièces. Une différence importante consiste dans l'époque à laquelle ces pièces osseuses se développent et se soudent les unes avec les autres. Ce sont les parties latérales qui paraissent les premières dans les vraies vertèbres, tandis que ce sont les corps qu'on aperçoit d'abord dans les fausses. Dans les premières, les extrémités postérieures des parties latérales se soudent entre elles avant que

les antérieures s'unissent au corps; dans les autres, leur soudure avec le corps précède de beaucoup leur union entre elles.

Le sternum s'articule en haut avec le corps de la dernière vertèbre lombaire et les apophyses articulaires inférieures; sur les côtés avec l'os iliaque; en bas avec la première pièce du coccyx. Enclavé entre les deux os des îles, il forme la paroi postérieure du bassin, et supporte tout le poids de la colonne vertébrale. Cependant il s'écarte beaucoup de la direction du rachis en arrière, ce qui fait qu'à l'endroit de sa jonction avec la dernière vertèbre lombaire, on remarque un angle fort saillant, désigné sous le nom de promontoire. Cet angle est beaucoup plus saillant chez la femme que l'homme. Du reste, le sacrum de la femme est lui-même plus large, plus court, plus droit, beaucoup moins courbé et moins étendu en arrière.

L'épaisseur considérable du sacrum, et le sens avantageux suivant lequel il supporte, dans les chutes, le poids du corps, sont les circonstances qui, malgré la situation superficielle de cet os, rendent ses fractures très-rares. Il ne faut rien moins que l'action de causes directes très-violentes pour produire de semblables lésions. Elles entraînent presque toujours la paralysie du rectum, de la vessie et des membres abdominaux. On les reconnaît à ces signes, ainsi qu'au désordre dont les parties sont le siége, et à la nature de la cause vulnérante. Lorsque la fracture a lieu en haut, ou le sacrum est très-épais et solidement fixé aux os coxaux, aucun déplacement ne l'accompagne; mais, chez les sujets où la lésion est voisine du coccyx, cet os, et le fragment inférieur peuvent être enfoncés ou entraînés par l'action musculaire, vers le rectum, et déterminer une difformité considérable. Les blessures de ce genre sont presque constamment mortelles, à raison, et de la lésion de la fin de la moelle épinière elle-même, et de l'ébranlement qu'ont reçu les viscères contenus dans le bassin, et du trouble que la paralysie apporte à l'exercice des fonctions de la vessie et du rectum. Maintenir le sujet dans un état de repos absolu, combattre l'inflammation locale au moyen d'évacuations sanguines générales et capillaires, placer à demeure une sonde dans la vessie, afin de livrer de temps à autre une issue à l'urine, tels sont les principaux moyens de traitement qu'il convient d'opposer à une lésion aussi grave.

SAFRAN, s. m., *crocus;* genre de plantes de la triandrie monogynie, L., et de la famille des iridées, J., qui a pour caractères : corolle monopétale, longuement tubulée, divisée en six segmens profonds; trois étamines, trois stigmates; capsule trigone, à trois valves, et à trois loges polyspermes.

Le *safran ordinaire*, *crocus sativus*, est cultivé dans pres-

que toutes les contrées de l'Europe, en raison de ses stigmates, qui sont la seule partie dont on fasse usage dans les arts et en médecine. Ces stigmates, lorsqu'ils sont secs, ont une couleur d'un beau rouge, et une odeur forte, aromatique. Cette odeur est tellement pénétrante qu'elle suffit pour causer des céphalalgies violentes en quelques instans. Leur saveur est amère, aromatique, nullement désagréable. Ils colorent la salive en jaune lorsqu'on les mâche pendant quelques instans.

Bouillon-Lagrange et Vogel ont découvert dans le safran un principe colorant particulier, désigné par eux sous le nom de *polychroïte*, et auquel ils attribuent les propriétés tinctoriales et médicinales de la plante. Cette substance y entre pour soixante-cinq centièmes; le reste se compose d'eau, de gomme, d'albumine, de matière cireuse, de débris du végétal, et d'une quantité indéterminée d'huile volatile.

Le safran exerce une action tonique très-marquée sur l'organisme. Il peut, à forte dose, selon Murray, produire la stupeur, la somnolence, une sorte de narcotisme, et même la mort. C'est principalement comme emménagogue et antispasmodique qu'on l'emploie en médecine. La première de ces deux propriétés l'a même mis en telle réputation, qu'il est presque devenu un remède populaire et domestique. On l'a conseillé dans l'hystérie, les spasmes, la coqueluche, l'asthme. En général, son administration n'a été réglée jusqu'ici que par l'empirisme. La vertu tonique qu'il possède à un haut degré doit servir de règle pour son application, et non tous les pompeux éloges que la routine lui prodigue dans les cas les plus opposés.

Il est rare qu'on le donne en poudre. On l'administre presque toujours en infusion aqueuse. Cependant on se sert aussi de son extrait et de sa teinture spiritueuse. On en fait un sirop; on l'associe à d'autres médicamens lorsqu'on en compose des poudres, des pilules, des opiats, etc. Enfin, il entre dans la composition d'une multitude de médicamens officinaux.

SAGAPENUM, s. m., gomme-résine qui nous vient de l'Orient, où l'on ignore quel végétal la produit. Assez semblable à la cire jaune, elle est d'un jaune rougeâtre, demi-transparente, plutôt en masses qu'en larmes. Sa cassure est un peu grisâtre et comme filandreuse; son odeur alliacée; sa saveur résineuse, nauséeuse, un peu amère et aromatique. La salive la blanchit, et elle adhère aux dents. La chaleur la ramollit. Pelletier, en l'analysant, y a trouvé : résine, 54,26; gomme, 31,94; bassorine, 1,60; matières étrangères, 0,40; huile volatile, eau et perte, 11,80. Cette substance ne jouit pas de propriétés bien remarquables, quoiqu'il soit probable que, à l'instar des autres gommes-résines, elle exerce une action lé-

gèrement tonique sur l'économie animale. On la regarde comme apéritive, fondante et un peu purgative. Autrefois, on la prescrivait, à la dose de vingt-quatre grains jusqu'à un gros, dans les obstructions, c'est-à-dire dans les phlegmasies chroniques des viscères du bas-ventre. On ne s'en sert presque plus aujourd'hui, et elle n'entre guère que dans les préparations officinales.

SAGITTALE, adj., *sagittalis;* épithète donnée par les anatomistes à la suture qui unit les deux pariétaux, et qui aboutit, en devant, à la partie moyenne de la suture coronale, et en arrière au sommet de la lambdoïde.

SAGOU, s. m., *sago;* fécule qui se trouve dans la tige de plusieurs palmiers, ou plutôt dont toutes les plantes de cette famille, l'arec excepté, fournissent une quantité plus ou moins notable.

Cette fécule, qu'on recueille dans les Indes, nous arrive en petits grains arrondis, irréguliers, plus gros que des têtes d'épingle, et parfois aglomérés deux ensemble. Ces petits grains sont roses, mais blanchissent avec le temps et par une longue exposition au soleil. Ils sont inodores, insipides, très-durs, et comme cornés, surtout au centre. Plongés dans l'eau, ils se gonflent et se rammollissent, mais conservent toujours un noyau dur dans le milieu, à moins que l'immersion n'ait été très-prolongée. Le liquide que dissout cette fécule acquiert une consistance de gelée et une couleur louche. Elle a la précieuse qualité de se conserver un temps considérable sans s'altérer, et les insectes l'attaquent difficilement à cause de sa dureté.

Des peuplades entières vivent de sagou dans les Moluques; on l'emploie aussi, en Europe, à une foule d'usages culinaires. Ses propriétés analeptiques le font souvent prescrire par les médecins, dans tous les cas où il faut un aliment très-restaurant et de facile digestion. Sa solution aqueuse, peu chargée, peut servir, en boisson, dans toutes les affections irritatives du canal digestif, mais on préfère les fécules indigènes, dont le prix est moins élevé, et qui jouissent de la même efficacité.

SAIGNÉE, s. f., *missio sanguinis*, *phlebotomia*, *arteriotomia;* action de tirer du sang.

L'opération de la saignée est, sinon une des plus difficiles de la chirurgie, du moins une de celles qui exigent, pour être méthodiquement exécutées, les soins les plus minutieux, et souvent une grande habitude, unie a beaucoup de dextérité. On la divise en *artériotomie* et en *phlébotomie;* cette dernière constitue la saignée proprement dite.

La situation des artères du crâne, superficiellement placées,

d'un médiocre volume, et derrière lesquelles on trouve un plan solide, sur lequel il est facile de les comprimer, les rend presque exclusivement propres à être ouvertes sans danger par les instrumens chirurgicaux. Parmi elles, l'artère temporale est celle que l'on préfère, à raison de la peau fine et moins solide que celle du reste du crâne sous laquelle elle rampe. Une forte lancette ou un bistouri sont les instrumens dont on fait usage pour cette opération; une compresse carrée épaisse, et une bande, longue de deux ou trois aunes, et roulée à un cylindre, composent, avec des alèses, un vase pour recevoir le sang, un gouttière et de l'eau, les objets accessoires dont on a besoin.

Le sujet peut être assis ou couché; la région temporale doit avoir été rasée avec soin, et se trouver exposée à la lumière; les alèses étant placées sur le malade ou sur son lit, le chirurgien s'assure avec le doigt indicateur de la situation et du traject de l'artère. Si les pulsations de celle-ci ne sont pas visibles à l'œil, il marque avec l'ongle l'endroit où il se propose de l'ouvrir, puis il y fait, avec l'instrument dont il a fait choix, une incision longue de quelques lignes, transversale à la direction du vaisseau, et qui doit le diviser entièrement; le sang forme rarement un jet saccadé au dehors; il heurte contre la lèvre de la plaie opposée à celle qui le fournit, et coule ensuite en nape sur les tégumens. Si l'on ne peut, en tirant cette partie de la division, de manière à la renverser un peu en dehors, diriger le sang dans le vase, il faut appliquer la gouttière, et recevoir ainsi le liquide qui est assez lentement fourni, à raison de la ténuité souvent très-grande de l'artériole ouverte.

Lorsqu'enfin on a procuré une évacuation sanguine assez considérable, il faut laver la partie, rapprocher, en les comprimant, les lèvres de la plaie, appliquer sur elles les compresses, et les soutenir au moyen de tours de bande assez serrés, qui environnent la tête, et dont on prévient le déplacement au moyen d'une mentonnière dont les extrémités s'attachent au bandage devant des oreilles. Les chirurgiens des siècles précédens usaient de précautions beaucoup plus grandes; ils avaient recours au *nœud d'emballeur*, bandage fait avec une bande longue de cinq à six aunes, roulée à deux cylindres, et qui consistait à entourer la tête de jets alternativement circulaires et verticaux, en croisant chaque fois les cylindres de manière à former sur la région temporale un nœud saillant et dur. Ce bandage avait le grave inconvénient d'entourer et de presser fortement la tête dans tous les sens, et d'exercer inutilement sur la partie opérée une compression inégale et douloureuse. Beaucoup de sujets ne pouvaient supporter son action, et il est actuellement abandonné. L'appareil plus simple dont on fait usage peut être levé le troisième

jour; on trouve alors la plaie réunie et par première intention, et l'artère oblitérée à l'endroit de l'opération.

Aucun accident ne résulte ordinairement de la saignée de la temporale. Les auteurs parlent cependant de filets nerveux atteints quelquefois par l'instrument, et donnant lieu à de vives douleurs; si un semblable accident survenait, il faudrait agrandir la plaie afin de diviser entièrement le rameau imparfaitement coupé. Lorsque, malgré tous les soins apportés à l'opération, il est impossible d'obtenir une quantité assez grande de sang, la saignée de la jugulaire est celle qui peut le mieux suppléer à l'artériotomie, et à laquelle on doit immédiatement avoir recours.

La *phlébotomie* peut être pratiquée sur toute les veines superficielles; cependant on l'exécute plus spécialement au bras, au pied et au cou. Les règles relatives à ces trois variétés de l'opération suffisent pour diriger le chirurgien dans la pratique de celle que la situation des maladies ou les indications spéciales que l'on se propose de remplir, peuvent rendre nécessaires.

1° La saignée du bras, celle à laquelle on a le plus souvent recours, est presque toujours faite au pli du coude. A cet endroit, existent quatre veines assez volumineuses, superficiellement placées et faciles à ouvrir; ce sont, de dedans en dehors, la cubitale, la basilique, la médiane et la radiale. Celle-ci est située, tout à fait en dehors de la région antérieure de l'avant-bras; un tissu cellulaire abondant l'environne, et des filets nerveux multipliés, dont la situation varie à l'infini, forment autour d'elle des entrecroisemens dont il est impossible d'éviter sûrement la lésion. La médiane, oblique de haut en bas et de dehors en dedans, est plus apparente, plus volumineuse; mais des filets nerveux l'environnent; et, à sa partie la plus inférieure, à l'endroit où elle s'unit à la basilique, elle correspond à l'artère brachiale. La basilique, dans son trajet oblique de bas en haut, et de dehors en dedans, repose presque entièrement sur l'artère brachiale, dont un tissu cellulaire peu épais la sépare, et qui lui communique même ses mouvemens. Enfin, la cubitale, entourée de moins de nerfs, plus rapprochée du milieu du membre, et plus apparente que la radiale, est aussi plus facile à ouvrir, et n'expose pas au danger de blesser l'artère brachiale. Le chirurgien doit donc choisir cette dernière veine, toute les fois qu'elle semble assez volumineuse pour fournir la quantité de sang demandée; après elle, vient la médiane dont il convient cependant d'éviter la partie inférieure; la radiale ou céphalique présente à peu près les mêmes avantages; mais la basilique ne doit être ouverte que dans les cas d'absolue nécessité, et seulement alors que l'habitude a rendu cette opération familière.

L'appareil, pour la saignée du bras, consiste en une LANCETTE dont la pointe doit être d'autant plus acérée que le vaisseau est plus petit et plus profondément situé; une compresse carrée pliée en plusieurs doubles; une bande longue d'une aune et demie, déroulée; un vase destiné à recevoir le sang; des serviettes, de l'eau, du vinaigre ou d'autres substances odorantes dont on fait usage en cas de syncope. Si le sujet est fort on le fait assoir sur une chaise; dans le cas contraire, ou s'il s'agit de saigner une personne craintive, indocile, disposée aux défaillances, il convient de la laisser dans son lit. Tout étant ensuite convenablement disposé, le chirurgien doit examiner la disposition des veines entre lesquelles il a à choisir pour opérer. La situation de l'artère exige une attention spéciale; il faut sentir exactement ses pulsations, s'assurer qu'elle rampe le long du côté interne du tendon du biceps, derrière la basilique, et qu'elle n'envoie aucun rameau dans les environs des autres veines. Chez les sujets dont l'artère brachiale se bifurque très-haut, la branche externe de ce vaisseau se trouve souvent en dehors, derrière la partie moyenne de la médiane, et, par conséquent, exposée à être blessée. Une bande, servant de ligature, est ensuite placée à la partie inférieure du bras, à trois travers de doigts au dessus de l'endroit où l'on se propose de piquer le vaisseau. On applique sa partie moyenne au devant du membre; puis, portant les chefs en arrière, on les entrecroise, et on les ramène à la région externe, afin de les nouer par un nœud à rosette simple. La ligature est assez serrée, lorsque, sous son action, les veines se gonflent et se durcissent, en même temps que le pouls continue à se faire sentir au poignet. Trop lâche, elle laisserait le sang remonter, et ne l'accumulerait pas dans les vaisseaux; trop serrée, elle empêcherait son abord dans le membre, et la saignée s'arrêterait brusquement aussitôt que celui dont les veines sont remplies serait sorti. Le degré de constriction de la ligature influe plus qu'on ne le pense généralement sur le succès de la saignée.

Lorsque les veines sont devenues apparentes, le chirurgien se place entre le corps du malade et le bras sur lequel il va opérer, c'est-à-dire à la partie interne de ce dernier. La lancette ouverte est placée dans sa bouche, le talon tourné du côté de la main qui doit la saisir; si c'est sur le bras droit que la saignée est faite, le membre étant étendu, le chirurgien en saisit l'extrémité entre la poitrine et le bras gauche, en même temps que la main de ce côté embrasse et maintient solidement la partie postérieure du coude, afin de prévenir ses mouvemens et sa brusque flexion; le pouce de cette main, demeuré libre, s'applique sur le vaisseau à ouvrir, et y retient le sang, lorsque, après trois ou quatre frictions, dirigées de bas en haut avec le dos

de la main droite, on a augmenté la quantité de ce liquide qui le remplissait; le pouce, ainsi placé un peu au dessous de l'endroit de la piqûre, prévient le roulement de la veine sous la pointe de la lancette, et rend son ouverture plus assurée. Enfin, les doigts en dedans, et la paume de la main en dehors, doivent tendre transversalement la peau, tandis que le pouce, en la portant en bas, achève de la rendre plus facile à diviser par l'instrument. La lancette est alors saisie entre le pouce et l'indicateur de la main droite, la châsse tournée en haut, et de manière à ce que la moitié environ de la lame dépasse les doigts; ceux-ci sont à demi fléchis, tandis que le médius, l'annulaire et le petit doigt, étendus, prennent un point d'appui contre la partie interne du membre, et assurent le mouvement de la main. La pointe de la lancette est enfin présentée aux parties, et doit être plongée obliquement de bas en haut jusque dans l'intérieur de la veine. Lorsque sa pointe y a pénétré, on relève le poignet et, avec lui, le tranchant supérieur de la lame, afin d'agrandir l'ouverture des tégumens, et de la rendre un peu plus longue que celle du vaisseau. Ces deux temps de l'opération sont connus sous les noms de *ponction* et d'*élévation*. La veine étant ouverte, le sang jaillit aussitôt, et l'on en dirige le jet dans le vase préparé à cet effet. La lancette, fermée avec la main droite, doit être quittée, et cette main, devenue libre, sert à soutenir l'avant-bras que l'on fléchit légèrement pendant toute la durée de l'écoulement du sang. Afin de rendre la sortie de celui-ci rapide, et le jet qu'il forme plus étendu, on place ordinairement dans la main du malade le lancetier, ou tout autre corps analogue, qu'il tourne entre ses doigts. Ce mouvement a plutôt pour effet de hâter la circulation dans le membre que de faire passer, ainsi qu'on le dit généralement, le sang dans les veines sous-cutanées qui l'environnent.

Les grosses veines peuvent être incisées en long; les moyennes doivent l'être obliquement, et les petites en travers. Lorsque, derrière le vaisseau, existe un organe important, il importe de n'enfoncer que très-peu la lancette, en la tenant presque couchée, et d'ouvrir la veine, comme le conseillent les auteurs, en *labourant*.

La quantité de sang, dont l'évacuation est réclamée par l'état du sujet étant sortie, ce qu'on estime ou par le nombre de soucoupes ou de poilettes que l'on a remplies, ou à l'œil, d'après l'habitude que l'on acquiert, lorsque le liquide a été reçu dans un plus grand vase, il convient d'ôter la ligature; le jet cesse aussitôt, et le pouce, placé au dessous de l'ouverture de la veine, arrête entièrement l'écoulement; on lave ensuite la partie, on l'essuie avec un linge sec, et, rapprochant les lèvres

de la plaie, on la recouvre d'une mouche de taffetas gommé. Ce simple appareil suffirait pour prévenir la sortie nouvelle du sang; mais on y ajoute, pour plus de sûreté, une compresse et un bandage approprié; l'avant-bras étant tenu avec la main droite dont les doigts appuient sur la compresse, tandis que le pouce est placé en arrière, la bande est jetée sur le pli du coude, de telle sorte que le chef le plus court pende en dehors sur l'avant-bras, tandis que le reste passe obliquement sur la compresse pour gagner la partie inférieure du bras; on la porte ensuite derrière le bras, en dehors, puis sur la compresse, et enfin derrière l'avant-bras, de manière à recommencer ces jets obliques, et à les croiser au devant du coude; on réitère ces tours de bande jusqu'à ce que celle-ci étant épuisée, on en arrête les extrémités avec une épingle ou en les nouant. Ce bandage doit n'être que très-médiocrement serré, et laisser à la circulation veineuse toute sa liberté; il convient que le sujet laisse pendant douze à vingt-quatre heures son bras en repos; après cette époque, les lèvres de la plaie sont presque toujours cicatrisées.

Toutes les manœuvres que nous venons de décrire doivent être exécutées avec les mains opposées, lorsque l'on saigne sur le bras gauche : alors la main gauche doit saisir la lancette, pratiquer l'incision, etc. La saignée est une des opérations qui exigent le plus impérieusement que le sujet soit ambidextre.

Lorsque l'on se propose de réitérer la saignée dans les vingt-quatre heures qui vont suivre la première évacuation, il convient de réunir moins exactement les lèvres de la plaie, de supprimer la mouche de taffetas gommé, et de recouvrir la compresse carrée, de cérat ou de tout autre corps gras qui, s'interposant entre les bords de la division, prévient leur agglutination immédiate. Il est rare qu'avec ces précautions la ligature, étant replacée, le sang ne jaillisse pas de nouveau par la plaie, aussitôt que le plus léger effort est exercé pour en écarter les lèvres.

La saignée du bras est celle à l'occasion de laquelle on rencontre le plus souvent les difficultés que comportent les opérations de ce genre, et qui exposent au plus grand nombre des accidens dont elles peuvent être suivies. C'est donc à son occasion que ces accidens et ces difficultés doivent être spécialement décrits.

Lorsque les veines sont très-petites et inapercevables, il importe d'y accumuler autant de sang que possible, afin de leur donner tout le développement dont elles sont susceptibles. Ainsi, la ligature sera placée avec le plus grand soin : on fera plonger le bras dans l'eau chaude; des frictions seront pratiquées à la surface du membre, et l'on provoquera

la contraction des muscles qui le composent. Chez les sujets où, malgré ces moyens, les veines ne peuvent être ouvertes au bras avec sûreté, il faut chercher à piquer une de celles qui entourent le poignet, ou qui rampent à la surface dorsale de la main. On trouve assez ordinairement au côté externe de la partie inférieure de l'avant-bras, une veine volumineuse dont les radicules viennent du pouce, de l'indicateur et du médius; elle forme le commencement de la radiale, et porte le nom de céphalique du pouce; elle ne présente que l'inconvénient d'être entourée d'une multitude de ramifications nerveuses.

La mobilité extrême des veines superficielles que l'on observe chez les sujets maigres, dont le tissu cellulaire est lâche et filamenteux, exige que le pouce de la main, destiné à soutenir le vaisseau, soit placé très-près de l'endroit où l'on va plonger l'instrument. Celui-ci doit être porté à peu près en travers, et enfoncé de manière à ce que, si le vaisseau roule, ce soit en avant, et qu'il ne puisse échapper au mouvement qui continue l'incision.

Les veines dont les parois ont été plusieurs fois divisées, présentent à l'endroit des cicatrices, des inégalités et des rétrécissemens qu'il convient d'éviter, en ouvrant toujours le vaisseau au dessous de l'obstacle qui en résulte, ou en choisissant d'autres veines lorsque la disposition des parties le permet.

L'embonpoint du bras, assez considérable chez le plus grand nombre des femmes, uni au peu de volume des veines, constitue l'obstacle qui s'oppose le plus fréquemment à l'exécution de la saignée. Dans ce cas, le toucher, plus que la vue, doit guider le chirurgien. Alors même, en effet, que nulle saillie n'indique la présence du vaisseau; alors que l'on ne découvre aucun de ces lignes bleuâtres, par lesquels s'annoncent les canaux sanguins chez les femmes dont les tégumens sont très-minces, il est rare que le doigt, promené avec attention sur les points où les veines existent, ne les découvre pas. Elles se manifestent sous la forme de cordons arrondis, rénitens, faciles à distinguer au milieu du tissu cellulaire; la colonne de liquide qui les remplit se gonfle, et fait effort pour soulever le doigt qui les presse, ou lui transmet les vibrations qu'elle éprouve lorsque l'on ramène le sang de bas en haut, au moyen de légères frictions, ou que l'on percute la veine au dessous du point exploré. Il est rare que ces caractères trompent le chirurgien exercé; et la finesse que l'habitude communique au tact rend pour lui faciles les saignées qui, au premier abord, semblent ne pouvoir être exécutées, à raison de l'impossibilité de découvrir directement les vaisseaux.

La pusillanimité des malades est souvent la cause d'acci-

dens ou de la non réussite de la saignée, en ce qu'elle leur fait exécuter des mouvemens involontaires par lesquels la lancette est écartée ou dérangée de sa route. Dans ces cas, il faut, d'une part, se bien assurer du bras du sujet, et le tenir fortement; de l'autre, l'engager à porter les yeux du côté opposé, afin qu'il ne soit averti de la pratique de l'incision qu'à l'instant où elle est terminée. On peut aussi essayer de distraire son esprit en le fixant sur quelque sujet intéressant, comme on le fait avec tant d'avantage lorsque l'on pratique la réduction des luxations.

Enfin, l'interposition des paquets graisseux entre les lèvres de la plaie exige ou que l'on déprime ces petites tumeurs dans les parties avec l'extrémité d'un stylet, ou qu'on les excise au moyen des ciseaux, ou que l'on agrandisse l'ouverture des tégumens, ou enfin que l'on pratique ailleurs une saignée nouvelle.

C'est à ces obstacles qu'il faut attribuer, plus souvent qu'à l'inhabileté du chirurgien, les imperfections de la saignée. Ainsi, lorsque la veine a été manquée par l'instrument, et que l'on a fait, ainsi qu'on le dit, une *saignée blanche*, cela dépend quelquefois de l'erreur du praticien qui n'a pas exactement reconnu la situation du vaisseau; mais, plus souvent encore, ou de l'extrême profondeur à laquelle celui-ci est placé, ou de sa trop grande mobilité, ou des mouvemens inconsidérés du malade. Lorsque, après une ponction, en apparence bien dirigée, le sang ne paraît pas, il faut examiner de nouveau, avec attention, la situation de la veine. Quelquefois, trop profondément située, elle se fait sentir au fond de la plaie, ou même s'y décèle par sa couleur bleuâtre : on doit alors porter de nouveau l'instrument dans les parties, et faire en deux temps ce qui aurait pu être exécuté en un seul. Dans les cas où la veine a fui sous l'action de la lancette, il convient de s'assurer de quel côté de la plaie elle s'est portée, afin de l'y atteindre. En général, on évite les saignées blanches en ne piquant jamais au hasard, en ne portant l'instrument dans les tissus qu'après s'être positivement assuré de l'existence du vaisseau à l'endroit où l'on incise, et avoir pris toutes les précautions indiquées pour le fixer.

Il arrive quelquefois que le sang, après avoir jailli de la plaie, s'arrête tout à coup, et ne coule plus qu'en bavant le long de la peau du bras. Cette légère imperfection dépend quelquefois de ce que la ligature est trop serrée ou trop lâche. Dans le premier cas, le pouls ne se fait pas sentir, et il faut relâcher le lien; dans le second, il est aussi libre que si aucune contraction n'était exercée, et l'on doit resserrer la bande. Lorsqu'une syncope a suspendu ou ralenti le mouvement cir-

culatoire, il faut, ou arrêter définitivement la saignée, ou, si la maladie exige absolument l'évacuation de plus de sang, mettre le doigt sur la plaie, et ne laisser s'écouler le liquide que quand le sujet est entièrement ranimé. L'immobilité des muscles du bras eu-laissant la circulation du bras languir, peut aussi être une cause de la cessation du jet du sang; on doit alors encourager le sujet à remuer les doigts, et à tourner le corps solide placé dans sa main. Enfin, il se peut que l'ouverture de la peau ait cessé d'être parallèle avec celle de la veine, et que le liquide, obligé de parcourir un trajet sinueux, ne parvienne que difficilement au dehors. On remédie à cette disposition en tirant les tégumens de manière à ce que le parallélisme se rétablisse.

Lorsque l'ouverture de la saignée est petite, relativement au volume de la veine, le jet de sang se montre plus roide, et se détache mieux que quand elle est étendue : cette circonstance s'explique facilement par la théorie du cours des liquides. Mais quelquefois l'ouverture est tellement resserrée que l'on ne peut en obtenir la quantité de sang désirée. Cela arrive surtout lorsqu'on s'est servi d'une lancette trop aiguë, et que le second temps de l'opération n'a pas été bien exécuté. Il est alors indispensable de reporter l'instrument dans la plaie, et d'agrandir la plaie en haut, en incisant les parties de dedans en dehors.

Des accidens nombreux peuvent accompagner les saignées, même les mieux faites. Parmi eux, on doit placer au premier rang une douleur vive, intense, qui se propage le long du membre, persiste après l'opération, et dépend de la lésion de quelques filets nerveux placés au devant où sur les côtés du vaisseau ouvert. Les anciens attribuaient ce phénomène à la piqûre des tendons, du périoste, ou des lames apouévrotiques; mais cette hypothèse est réfutée par les faits les mieux constatés de la physiologie moderne. Les applications émollientes et narcotiques doivent être d'abord opposées à la douleur qui nous occupe, et suffisent presque toujours pour la faire cesser. Si elle persistait, cependant, et devenait la cause d'accidens graves, on serait obligé de porter de nouveau la lancette dans la plaie, afin d'agrandir celle-ci, et de rendre complète la section du cordon nerveux piqué. Cette légère opération doit être préférée aux caustiques, dont nos prédécesseurs ont conseillé l'usage, et surtout à l'huile bouillante, qu'employa Ambroise Paré dans un cas semblable.

L'infiltration du sang dans le tissu cellulaire sous-cutané constitue l'ecchymose et le *trombus*, dont tous les auteurs ont parlé. Ce léger accident est le résultat ordinaire, soit du défaut de parallélisme entre l'ouverture du vaisseau et celle des

tégumens, soit de l'étendue trop peu considérable de cette dernière, le sang sortant de la veine en plus grande quantité que ne le comporte la plaie extérieure. Une compresse trempée dans l'eau froide, et une compression un peu forte, suffisent pour hâter la résorption du liquide extravasé.

L'écoulement du sang après l'opération, et malgré la présence du bandage, dépend toujours, ou des efforts imprudens auxquels se livre le sujet, ou de ce que, les tours de bande étant trop serrés, surtout au dessus de la plaie, le retour du liquide vers le cœur est empêché. Replacer l'appareil d'une manière plus convenable, et recommander au sujet de maintenir son bras à demi fléchi et en repos, tels sont les moyens de remédier à cette hémorragie consécutive.

La blessure de l'artère brachiale est incontestablement l'accident le plus grave qui puisse résulter de la saignée du bras. Nous osons assurer qu'en observant avec attention les règles indiquées plus haut, et en s'écartant des veines placées au devant de l'artère, on évite constamment les lésions de ce genre. On reconnaît que l'artère est ouverte, à la brusque sortie par la plaie d'un sang rouge et écumeux, qui forme un jet saccadé en rapport avec les mouvemens du pouls. Ce jet, loin de s'arrêter, devient plus fort par la compression exercée au dessous de la plaie; la pression exercée au dessus le fait tomber au contraire. Ces caractères doivent être présens à l'esprit du chirurgien, afin qu'il évite des méprises toujours désagréables et souvent dangereuses. Les mouvemens communiqués à la veine ouverte par une artère sous-jacente, donnent quelquefois au jet une irrégularité qui, jointe à la couleur rouge du sang vers la fin de l'opération, pourrait en imposer, pour l'accident qui nous occupe. D'un autre côté, on a vu des chirurgiens, méconnaissant l'ouverture de l'artère, appliquer sur le bras l'appareil ordinairement employé, et laisser le sujet exposé à une hémorragie grave. On a conseillé divers moyens pour tromper alors le malade et sauver l'amour-propre de l'opérateur; mais ces ménagemens puérils son indignes d'une âme élevée : lorsque l'on a eu le malheur d'ouvrir l'artère pendant la saignée, il faut recourir de suite, et sans hésitation, aux moyens les plus efficaces pour y remédier. Une compression provisoire sera d'abord exercée sur la plaie, et l'on s'occupera ensuite de préparer tout ce qui est nécessaire pour pratiquer sans retard la ligature du vaisseau. *Voyez* ARTÈRE, BRACHIAL et HÉMORRAGIE.

Les inflammations qui succèdent quelquefois à la saignée ont souvent leur siége dans le tissu veineux, et constituent des PHLÉBITES plus ou moins étendues et intenses. Chez d'autres sujets, elles sont de nature érysipélateuse ou érysi-

pélato-phlegmoneuse. Sans contester qu'un instrument émoussé ou imprégné de matières étrangères ne puisse déterminer ces accidens consécutifs, il est cependant démontré que l'on doit surtout attribuer leur développement à la disposition que certains sujets ont à l'inflammation : c'est ainsi que les sangsues, les ventouses et souvent même des causes beaucoup plus légères, sont suivies de l'apparition de phlogoses étendues et profondes. Dans tous les cas analogues, ces lésions réclament le même traitement que si elles étaient nées dans d'autres circonstances.

2°. La *saignée du pied* est celle que l'on pratique sur les veines saphènes, placées au voisinage des malléoles, ou, à leur défaut, sur quelques-unes des veines qui rampent à la face dorsale du pied. La saphène interne est la plus volumineuse et la plus apparente des deux. Ces vaisseaux sont toujours beaucoup plus mobiles que les veines du bras, à raison de la rareté du tissu cellulaire qui les enveloppe, et de l'absence de la graisse dans les mailles qu'il forme. Pour exécuter la saignée du pied, il est presque toujours nécessaire d'avoir un vase rempli d'eau chaude, dans lequel on plonge le membre, afin d'augmenter le développement de ses vaisseaux. La ligature doit être d'abord placée soit au dessous du genou, soit, ce qui est préférable à trois travers de doigt au dessus des malléoles. Le chirurgien, assis devant le malade, s'étant assuré du gonflement des veines, place sur son genou, garni d'un drap plié en alèse, le talon du pied sur lequel il doit opérer, puis exécute l'ouverture de la veine, en suivant les règles établies plus haut. On doit se servir de la main droite pour ouvrir la saphène interne droite, ou l'externe gauche, et réciproquement. La veine étant ouverte, si le sang coule par un jet continu, on peut le recueillir dans un vase à la manière ordinaire; mais si sa sortie est lente ou difficile, il convient de replonger le pied dans l'eau chaude, et de l'y laisser jusqu'à ce que la teinte du liquide, et l'étendue du temps écoulé annoncent que l'évacuation sanguine est portée assez loin; alors la ligature doit être ôtée, le pied replacé sur le genou et convenablement essuyé; puis on couvre la plaie d'une compresse épaisse que soutient le bandage en ÉTRIER.

Les accidens sont moins communs après la saignée du pied, qu'à la suite de celle du bras. Cependant, l'ouverture des saphènes, et surtout de la saphène interne, expose à la lésion des filets nerveux de ce nom; elle expose aussi à la piqûre du périoste et au développement d'inflammations intenses le long du membre. L'aponévrose mince et peu marquée qui recouvre la saphène interne, complique quelquefois d'étranglement l'inflammation

développée autour de ce vaisseau, et doit alors être largement incisée; le reste du traitement ne diffère pas de celui que réclament toutes les autres inflammations.

3°. La *saignée du cou* est la plus fréquemment mise en usage après celles dont il vient d'être question. On la pratique sur les veines jugulaires externes, troncs assez volumineux qui recouvrent le muscle peaucier, et qui environnent les filets nombreux du plexus cervical superficiel. Ces veines sont presque toujours flasques, molles et affaissées; elles semblent trop larges pour la colonne de sang qui les parcourt, et ne se dessinent bien que pendant les efforts, les cris et toutes les actions qui, suspendant le mouvement respiratoire, gênent le retour du sang veineux. On choisit presque toujours pour les ouvrir la région moyenne du cou; afin de les rendre plus apparentes et plus faciles à ouvrir, on applique sur la partie inférieure de leur trajet, une compresse carrée très-épaisse, surmontée d'une bande dont les deux extrémités, ramenées en avant, et confiées à un aide, sont tirées de manière à comprimer le vaisseau, en laissant libre la trachée-artère ou le larynx. Ce moyen, aidé de mouvemens que l'on recommande au malade d'exécuter avec la mâchoire inférieure, occasione presque toujours une distension assez considérable de la veine. Alors le chirurgien, assis ou debout à côté du malade, plonge la lancette dans le vaisseau, et le divise suivant une direction perpendiculaire à celle des fibres du muscle peaucier, c'est-à-dire, presque transversalement, et en même temps de bas en haut et d'avant en arrière. Il est rare que le sang sorte alors par jet; ordinairement il coule en glissant sur la peau, et l'on est obligé de le recueillir sur une gouttière qui le conduit dans le vase destiné à le recevoir. Des mouvemens continuels de mastication, ainsi que des frictions exercées de haut en bas sur le cou, favorisent sa sortie, et le rendent plus abondant. Il s'arrête de lui-même aussitôt que la compression est enlevée, et il suffit d'une mouche de taffetas gommé pour réunir les lèvres de la plaie. On doit cependant recommander au malade de ne pas trop parler, et d'éviter tous les efforts susceptibles d'occasioner le gonflement des veines de la tête. Il est très-rare que cette opération soit suivie d'accident.

Les saignées des autres veines, telles que celles du front, de l'angle de l'œil et de la langue, sont presque constamment remplacées par celle de la jugulaire. On conçoit cependant que, dans l'ophthalmie, l'ouverture de la veine placée au grand angle de l'œil agirait plus immédiatement sur cet organe, que celle du tronc dans lequel elle va se rendre comme toutes les autres branches qui entourent la tête.

Janson a obtenu de bons effets de cette ouverture des veines dont les radicules naissent immédiatement des organes enflammés. Presque toujours elles sont gonflées et rendues apparentes par la grande quantité de sang que l'irritation appelle dans les parties irritées d'où elles proviennent, et leur ouverture agit à la manière des saignées locales. Ce procédé peut, en beaucoup de circonstances, remplacer avantageusement les sangsues, et rendre ainsi moins considérable la consommation déjà effrayante de ces animaux.

Le soulagement que fait souvent éprouver une hémorragie, les opinions théoriques, et notamment celles qui furent la conséquence de la découverte de la circulation du sang, ont donné l'idée de la saignée, et rendu cette opération aussi commune qu'on la voit de nos jours; mais, de tout temps, parmi les médecins et les malades, certains ont redouté la saignée au point de ne jamais la prescrire et de ne jamais s'y soumettre, tandis que d'autres l'ont regardée comme une panacée, et s'y sont soumis avec empressement même à titre de remède de précaution. Jadis on a beaucoup discuté sur les avantages et les inconvéniens de la saignée du pied et de celle du bras, sur le choix de la veine à piquer; aujourd'hui, les uns préfèrent la saignée par la lancette; les autres, la saignée par les sangsues. Qu'y a-t-il donc de vrai, d'incontestable et de généralement adopté relativement à la saignée en général? C'est ce que nous allons rechercher.

Malgré les clameurs de quelques esprits mal instruits ou préoccupés, rien n'est plus avéré que l'utilité des émissions sanguines dans les inflammations, dans les hémorragies et même dans les névroses. Le premier, le plus puissant des antiphlogistiques, est, sans contredit la soustraction d'une certaine quantité de sang.

On reproche aux émissions sanguines d'affaiblir le sujet, d'empêcher la résolution, de s'opposer aux évacuations, de troubler les crises, de favoriser l'engorgement de l'organe, de provoquer la gangrène, d'entraîner l'hydropisie. Mais, pour guérir uue inflammation, il est avantageux de diminuer les forces; et la preuve, s'il en faut, c'est qu'à la suite d'une inflammation guérie spontanément, le sujet est toujours affaibli. La résolution s'opère d'autant mieux, que l'on diminue la quantité du sang qui traverse l'organe enflammé, puisque ce liquide est le plus puissant des excitans, et, si l'on peut s'exprimer ainsi, le soutien de l'inflammation. La résolution n'est rien autre chose que la diminution successive du mal; par conséquent, pour l'obtenir, il importe de mettre en usage le moyen qui atténue le plus directement celui-ci. Par la même

raison, on s'est trompé en reprochant aux émissions sanguines de causer l'engorgement de l'organe enflammé; et d'ailleurs à qui persuadera-t-on qu'en diminuant la masse du liquide circulant dans des canaux, on peut en augmenter la quantité sur un point; cette assertion n'est vraie que dans une théorie qui n'est nullement en rapport avec celle de l'engorgement. Les évacuations ne sont prévenues par les émissions sanguines, que parce que celles-ci empêchent l'inflammation d'arriver au degré qui aurait provoqué ces évacuations, et alors quel inconvénient pourrait-il y avoir? Ne vaut-il pas mieux prévenir les crises en prévenant l'augmentation du mal, ou en guérissant celui-ci, qu'attendre les crises au risque de voir le mal augmenter et ne pas guérir? Quant à la gangrène, jamais les émissions sanguines ne la provoquent, à moins qu'elles ne soient portées outre mesure. Si jamais l'hydropisie a paru être l'effet des émissions sanguines, c'est que l'inflammation qui avait nécessité celles-ci n'avait pas été arrêtée dans sa marche, ou bien parce que le sujet étant disposé par cette inflammation et par sa prédominence lymphatique à l'hydropisie, des émissions sanguines trop abondantes ou trop répétées ont corroboré cette disposition.

Aucun des reproches faits aux émissions sanguines n'est fondé, que lorsqu'on les dirige contre les évacuations de sang trop abondantes, provoquées après que l'inflammation a cessé, ou lorsqu'une inflammation peu intense, survenue chez un sujet d'une mauvaise constitution, est combattue par des saignées excessives. L'abus des meilleures choses est nuisible; faut-il pour cela en proscrire l'usage?

Toutes les fois qu'une émission sanguine est indiquée, il faut examiner les contre-indications s'il en existe, et peser les avantages et les inconvéniens; jamais on ne doit alors oublier le précepte de Stoll, que chaque fois que l'inflammation est compliquée d'une autre maladie, c'est surtout l'inflammation qu'il faut combattre.

Un fait certain, c'est que les émissions sanguines nuisent rarement même dans la période de froid des inflammations, qu'elles sont très-efficaces dans les progrès et l'état de l'inflammation, et qu'elles ne nuisent que lorsque la désorganisation aiguë ou chronique est à son comble; alors, en effet, elles hâtent l'issue funeste qui est d'ailleurs inévitable.

Il s'agit maintenant d'examiner les cas où il faut préférer la saignée, ceux qui exigent les sangsues, ceux dans lesquels il faut appliquer des ventouses scarifiées, et enfin les cas qui réclament de simples mouchetures ou de profondes incisions.

Toutes les fois qu'il s'agit de tirer en peu de temps une assez

grande quantité de sang, d'opérer un vide considérable et subit, la phlébotomie est préférable. C'est avec raison que Barthez a dit qu'il fallait y avoir recours dans beaucoup de cas, avant d'user des émissions sanguines locales.

Précisément parce que la phlébotomie tire beaucoup de sang et en peu de temps, c'est surtout à elle qu'on a reproché de produire tous les inconvéniens dont nous venons de parler; il est certain que c'est le mode le plus puissant d'émission sanguine, et celui dont les inconvéniens doivent être le plus prononcés. Cependant, on a beaucoup exagéré même ceux des saignées générales abondantes et souvent répétées.

L'artériotomie serait certainement la manière la plus efficace de diminuer la surexcitation du système circulatoire; mais on en use rarement, parce qu'elle est peu commode à pratiquer, parce qu'on n'y parvient pas toujours même avec de l'adresse; ensuite à cause des inconvéniens de la compression nécessaire pour oblitérer le vaisseau et des petits anévrysmes, ainsi que des abcès qui en sont assez souvent les suites. On devrait rechercher s'il n'est pas à la face, par exemple, quelque rameau artériel qui puisse être plus facilement ouvert, et plus aisément fermé que l'artère temporale.

La phlébotomie de la jugulaire a l'avantage de dégager instantanément la tête; mais il faut que la saignée soit abondante, et que l'on place en même temps les pieds dans l'eau chaude, que l'on rubéfie les extrémités inférieures en même temps que l'on raffraîchit le derme, pour retirer de cette saignée tout l'avantage possible.

La phlébotomie du pied dégage très-bien la tête, produit souvent la syncope, et elle est par là souvent efficace; mais la routine de nos jours empêche qu'on y ait recours aussi souvent que cela est nécessaire; on préfère pourtant à cette opération la saignée du bras et l'application des sangsues à l'anus ou aux tempes. Elle est de la plus haute importance dans les inflammations encéphaliques.

La phlébotomie du bras est celle que l'on pratique le plus communément sans qu'on sache trop pourquoi; il est même singulier que l'on brave le danger redoutable de la piqûre de l'artère sans aucun avantage évident. Cependant, il est plusieurs praticiens qui non-seulement préfèrent cette saignée à toute autre, mais encore qui veulent que l'on saigne du côté affecté, quand la poitrine est enflammée. Rien ne justifie cette préférence si ce n'est dans le rhumatisme du bras; encore reste-t-il à déterminer s'il n'y a pas plus d'avantage alors à tirer du sang au loin, plutôt que de la partie malade elle-même. Nous partageons l'opinion qu'il vaut mieux extraire le sang du bras dont les articulations sont enflammées.

Faut-il dire que des médecins ont été jusqu'à préférer la saignée du côté opposé aux membres paralysés, dans l'espoir d'agir plus directement sur l'origine du mal? Si, en pareil cas, il convient de tirer du sang du membre sain, c'est qu'il importe de ne pas en ôter à celui dont les muscles ont déjà perdu l'excitation nerveuse.

Quelle quantité de sang doit-on tirer par la veine? à quoi bon une saignée surabondante? faut-il ouvrir largement la veine? quel danger dans une très-copieuse saignée? faut-il saigner jusqu'à défaillance? faut-il répéter souvent les saignées? les inflammations sont-elles les seules maladies dans lesquelles il faille saigner? doit-on le faire dans les vives douleurs, l'apoplexie, les paralysies, les hémorragies, la phthisie?

Il est difficile d'établir sur tous ces points des généralités satisfaisantes, et surtout qui soient aisément et utilement applicables aux cas particuliers. Une saignée d'une palette n'est rien chez un adulte; il ne faut pas en tirer moins de deux; trois est la quantité nécessaire dans le plus grand nombre des cas; il faut souvent aller jusqu'à quatre pour peu que le sujet soit fort, rouge, gros, musculeux.

Une saignée peu abondante est plus nuisible qu'utile, et c'est ainsi qu'il faut entendre ce qu'on a dit de la saignée en général dans les inflammations asthéniques, malignes, ataxiques, indépendamment des conditions où s'est trouvé le sujet jusqu'à l'invasion de la maladie. Une saignée copieuse n'a qu'un inconvénient passager, celui de produire une syncope[1], de favoriser momentanément la concentration; mais, pour peu qu'on excite aussitôt le mouvement de la circonférence au centre par les boissons chaudes, les frictions, les applications excitantes, la chaleur, etc., l'équilibre se rétablit aux dépens du sang trop abondant de la partie enflammée.

Quand on prévoit qu'il faudra réitérer la saignée, il vaut mieux en tirer d'abord quatre palettes, puis deux, et revenir à trois si l'on est obligé de la renouveler encore.

Il est des sujets chez lesquels deux, trois saignées de quatre palettes en deux jours sont nécessaires pour abattre l'impétuosité du mouvement circulatoire, et surtout pour rendre au poumon la perméabilité au sang. C'est surtout dans les inflammations de cet organe que la saignée doit être large, abondante et répétée. Immédiatement après, sous ce rapport, vient l'utérus. Il est impossible de déterminer jusqu'à quel nombre de saignées on peut aller dans une maladie; quatre, cinq, six, sept, huit, et même davantage sont parfois nécessaires, tant, chez beaucoup de sujets, le sang se répare avec promptitude, et la disposition inflammatoire est opiniâtre.

Quand on veut obtenir beaucoup de sang, il est toujours

avantageux d'ouvrir la veine et de choisir un vaisseau ample.

La saignée jusqu'à défaillance a compté de nombreux partisans; divers praticiens ne craignent pas d'y avoir recours; elle est avantageuse quand, pour que la syncope arrive, il n'est pas nécessaire de tirer une très-grande quantité de sang. La syncope étant véritablement utile, on peut la provoquer encore plus facilement en saignant le sujet debout ou assis sur une chaise. On pense bien que nous n'entendons pas que l'on se fasse un jeu de tirer du sang jusqu'à la syncope, ni de réitérer une pareille saignée; mais, d'un autre côté, la crainte de provoquer, de nouveau, cet état ne doit pas arrêter quand la saignée est indiquée.

La saignée n'est pas seulement le plus efficace des antiphlogistiques, c'est aussi le plus puissant des moyens qui calment les douleurs aiguës, même celles qui sont réputées les plus directement nerveuses. Elle calme, comme par enchantement, les convulsions. Dans l'apoplexie, la saignée est le seul moyen sur lequel on puisse compter, puisque, sans elle, il est bien rare que les révulsifs soient de quelque utilité, et c'est ainsi qu'elle s'est montrée efficace contre la paralysie. On en a obtenu les plus heureux effets même dans les hydropisies. C'est le plus sûr moyen pour faire cesser l'hémoptysie et souvent les hémorragies utérines. Stoll n'a pas craint de dire que la saignée et les antiphlogistiques étaient seuls capables d'améliorer l'état des phthisiques; mais, dans ce cas, il faut être très-réservé sur les émissions sanguines générales.

Nous bornons ici ce que nous avions à dire des avantages de la saignée, de peur de voir renouveler contre nous les sarcasmes qui ont été dirigés contre Hecquet, Chirac et Sylva. Pour nous résumer : nous dirons que la saignée, pour peu qu'on l'applique avec quelque discernement, fait presque toujours beaucoup de bien et rarement du mal.

On a surtout accusé la saignée de rendre les convalescences interminables; il aurait fallu s'assurer que les malades qui présentent ces longues convalescences ne seraient pas morts en peu de jours si on ne les eût pas saignés, ce qui sans doute est économique et fort expéditif, mais très-peu philantropique. *Voyez* SCARIFICATION, SANGSUE et VENTOUSE.

SAIGNEMENT, s. m., *fluxus sanguineus*, *hemorrhagia*; effusion de sang par suite de l'ouverture d'une veine ou d'une artère, ou par exhalation, par transsudation de ce liquide. *Voyez* HÉMORRHAGIE. *Saignement de nez*, *voyez* ÉPISTAXIS.

SAISISSEMENT, s. m.; sensation vive et subite, causée par une impression inattendue sur un de nos organes. Le saisissement va souvent jusqu'à faire éprouver une douleur intolé-

rable à l'épigastre, au devant du cœur, au dessus de l'ombilic, dans l'intérieur du crâne, ou à la matrice, et telle que la syncope en soit la suite. D'autres fois, celle-ci a lieu immédiatement, sans douleur, et même sans conscience de l'impression qui cause le saisissement, alors non perçue, mais non moins nuisible. *Voyez* DOULEUR et SYNCOPE.

SAISON, s. f.; *anni tempus;* nom donné à chacune des divisions qui partagent l'année en quatre parties inégales, dont les limites sont déterminées en apparence par le retour du soleil à certains points de la route annuelle qu'il semble parcourir, et en réalité par celui de la terre à certains points d'intersection du cercle qu'elle décrit en tournant sur elle-même, avec celui qu'elle décrit en tournant autour du soleil. Le renouvellement des saisons tient donc à l'inclinaison constante de l'axe de la terre sur le plan de l'orbe annuel.

Les quatre saisons portent le nom de *printemps*, *été*, *automne* et *hiver*. Leur durée est inégale, à cause des variations qui ont lieu annuellement dans la vitesse de la terre et sa distance du soleil. L'hiver est la moins longue de toutes; le printemps est plus court que l'été, et plus long que l'automne.

Les variations que subit l'influence du soleil sur la surface de la terre, en raison des diverses positions de notre planète par rapport à lui, déterminent les différences qu'on observe dans la longueur relative des jours et des nuits, ainsi que dans le degré de température, et donnent lieu aux diverses phases périodiques qu'offrent les corps organisés, notamment ceux qui appartiennent au règne végétal.

SALEP, s. m., nom commercial des tubercules d'orchis qu'on nous envoie de Perse. Ces tubercules exhalent, lorsqu'on les casse et qu'on les humecte un peu, une odeur hircine, qui est moindre dans l'état de siccité de la substance, mais qui se développe désagréablement par la cuisson, malgré la grande quantité de liquide nécessaire pour dissoudre cette dernière. Le salep indigène, qu'on a voulu substituer à celui de Perse, ne fournit pas autant de matière gélatineuse, à volume égale, et cette matière y est même d'une qualité inférieure. Les propriétés alimentaires et médicales de cette substance ne diffèrent point de celles de toutes les fécules.

SALICAIRE, s. f., *lythrum;* genre de plantes de la dodécandrie monogynie, L., et de la famille des lythrées, J., qui a pour caractères : calice cylindrique, strié, muni à son limbe de douze dents, dont six alternes, plus courtes et quelquefois nulles; six pétales insérés sur le calice, ainsi que les étamines, qui sont disposées sur deux rangs; capsule oblongue, recouverte par le calice, à deux loges, à deux valves,

quelquefois bifides au sommet, à placenta central adné à chaque côté de la cloison, qui est opposée aux valves.

La *salicaire commune*, *lythrum salicaria*, est très-commune dans les lieux humides et sur les bords des rivières. Ses feuilles ont une saveur herbacée, un peu mucilagineuse et légèrement astringente. S'il est vrai qu'elles soient utiles dans la diarrhée et la dysenterie, comme l'ont prétendu Dehaen et Gardane, c'est à leurs propriétés mucilagineuses qu'elles doivent cet avantage. On les administre en poudre, à la dose d'un gros à quatre scrupules, deux fois par jour, et en décoction jusqu'à celle d'une demi-once. Du reste, on les a toujours peu employées, et on ne s'en sert presque plus aujourd'hui.

SALIFIABLE, adj.; nom donné par les chimistes à toute substance qui a la propriété de se combiner avec les acides, de les saturer, et de donner ainsi naissance à des composés nouveaux qu'on appelle sels.

On divise les bases salifiables en trois grandes classes, d'après les trois règnes de la nature : la première renferme tous les oxides métalliques, la seconde tous les alcalis organiques, et la troisième l'ammoniaque seulement.

SALIN, adj. et s. m., *salinacius;* qui contient du sel, ou qui a la nature du sel. On dit d'une substance qu'elle a le caractère salin, lorsqu'elle résulte de la combinaison d'un acide avec un oxide ou avec l'ammoniaque; et d'une eau, qu'elle est saline, quand elle contient en dissolution assez de sels neutres pour exercer, sur l'économie animale, une action marquée qui se caractérise presque toujours par un effet purgatif. On appelle aussi *salin* le produit desséché de l'évaporation des lessives de cendres de bois brûlé, pour en extraire la potasse.

SALIVAIRE, adj., *salivaris;* qui a rapport à la salive.

Les *glandes salivaires*, ou les organes destinés à sécréter la salive, sont les *parotides*, les *sous-maxillaires*, et les *sublinguales*.

On donne le nom de calculs salivaires à des concrétions formées de phosphate calcaire, qu'on rencontre quelquefois dans le canal de Sténon, dans ses radicules, dans l'épaisseur même de la parotide, dans les conduits de la glande subliuguale, mais plus souvent dans les conduits de la glande maxillaire. On a vu de ces calculs qui avaient atteint le volume d'un noyau d'olive, et même celui d'un œuf de pigeon. En général, cependant, leur grosseur ne dépasse guère celle d'un grain de millet, et reste même au dessous. La distension qu'ils occasionent dans le canal, surtout lorsqu'ils sont volumineux, devient souvent une cause de douleurs assez

vives. Quelquefois ils déterminent une augmentation considérable de la sécrétion salivaire, une salivation abondante, une fièvre violente, et même l'engorgement des glandes correspondantes. Mais, en général, ils ne donnent pas lieu à de graves accidens. Il est très-facile de constater leur présence, et aussi de les extraire. Tantôt la dilatation de l'orifice du canal suffit, et tantôt il faut inciser légèrement les bords de l'orifice. Le passage étant devenu libre, on saisit le calcul avec une pince, et on en pratique l'extraction. Le canal revient ensuite à ses dimensions naturelles; mais il n'est pas rare que la maladie récidive au bout de quelque temps.

Ces calculs, de même que les corps étrangers qui pénètrent quelquefois de la bouche dans le canal parotidien, et les tumeurs susceptibles de comprimer ce conduit de dehors en dedans, sont autant de causes qui gênent quelquefois le cours du liquide excrété, et déterminent la formation de *tumeurs salivaires* à la joue. Le canal de Stenon, incessamment dilaté derrière l'obstacle, s'élargit et peut se rompre de manière à donner lieu à la fistule. Dubois a observé sur un jeune sujet trois abcès successivement formés de cette manière à la joue. Une fistule s'établit à la suite du dernier, et le conduit de la parotide ayant été sondé, on y reconnut la présence d'une petite arête de poisson, dont l'extraction permit à l'ouverture anomale de se guérir. Dans les occasions de ce genre, l'indication curative consiste à combatre la cause de l'obstruction, afin de rétablir la liberté du cours de la salive. Ainsi, les corps étrangers seront repoussés vers l'orifice du conduit, ou extraits par l'intérieur de la joue. Les tumeurs fibreuses devront être attaquées par la même voie, si leur situation le permet. Dans les autres cas, on pratiquera une incision à la peau, et, durant la dissection, on apportera le plus grand soin à ne pas dénuder le prolongement antérieur de la glande, ou à ménager le canal qui en part.

Il a déjà été question de l'écoulement anormal de la salive, produit par les plaies ou les ulcères de la glande. PAROTIDE; il ne nous reste plus à traiter que des *fistules salivaires* du conduit excréteur de cette glande. Presque toujours déterminées par des plaies de joues, dans lesquelles le canal de Stenon a été blessé, les ouvertures de ce genre peuvent être aussi le résultat de contusions violentes, de gangrènes profondes, et quelquefois, ainsi que Nuck et Ferrand en rapportent des exemples, par des inflammations phlegmoneuses et des abcès qui succèdent aux caries des dents.

Les fistules salivaires du conduit de Stenon sont assez faciles à reconnaître : leur situation sur le trajet du conduit blessé,

l'écoulement continuel d'un liquide visqueux et limpide, dont la quantité augmente durant la mastication et l'exercice de la parole, sont autant de circonstances qui ne permettent pas de méconnaître la nature de la maladie. On la distingue des fistules parotidiennes, en ce que celles-ci sont situées plus en arrière, au voisinage de l'oreille, et qu'elles fournissent de moindres quantités de liquide. Cependant, quelques fistules, placées près de l'origine du canal, vers le bord postérieur du muscle masseter, peuvent être d'autant plus aisément confondues avec elles, que souvent aussi il ne s'en écoule que la moindre partie de la salive; mais alors le cathétérisme lève ordinairement tous les doutes, et le stylet, porté de la bouche à la fistule, ou de l'orifice de celle-ci jusque dans la cavité buccale, permet de constater positivement la lésion du canal.

Les procédés employés pour la guérison des fistules salivaires de la joue sont la cautérisation de l'ouverture anormale, la dilatation de la partie antérieure du conduit, la compression de la glande, et la pratique d'une fistule interne que l'on substitue à l'externe.

La cautérisation, d'abord blâmée, puis conseillée par Louis, ne peut réussir que dans les cas où la partie antérieure du canal est parfaitement libre, et lorsque le fistule ne donne issue qu'à une faible quantité de salive. Alors il est permis d'espérer qu'un caustique sec, susceptible de former à l'extérieur une escarre solide et long-temps persistante, pourra opposer à l'écoulement une digue assez puissante pour forcer le liquide à passer par les voies naturelles, et donner lieu à une bonne cicatrice. Ce but est rarement atteint. Chez le plus grand nombre des sujets, les cautérisations successives agrandissent inutilement la plaie, et la salive reparaît à la chute des escarres, lors même qu'elle ne les ramollit pas, et ne détermine point leur séparation précipitée. La pierre infernale ou une pâte composée avec le sublimé corrosif, la croûte de pain pulvérisée et l'eau de guimauve, sont les caustiques dont on fait alors le plus généralement usage. On doit placer une fort petite quantité de cette pâte sur l'ouverture fistuleuse, et soutenir ensuite l'escarre au moyen de compresses épaisses, et d'un bandage qui s'oppose aux mouvemens étendus de la mâchoire. L'usage des alimens solides et l'exercice de la parole seront interdits au malade pendant les dix ou quinze premiers jours, afin de donner aux parties intérieures le temps de se cicatriser, sans que l'afflux de la salive y mette obstacle. Diemerbrock, Nuck, et plus récemment Louis, Ferrand, Jourdain, Lallemand et Désormeaux de Tours ont cité des exemples à l'appui de ce moyen, qui ne doit être ni complétement rejeté, ni indistinctement appliqué à tous les cas.

Louis et Morand se sont disputé l'honneur d'avoir inventé le procédé qui consiste à désobstruer ou à dilater la partie antérieure du canal parotidien. Cette opération exige le cathétérisme préalable du conduit ouvert. Pour cela, la joue étant écartée des dents, et légèrement renversée en dehors, on porte dans l'orifice buccal du canal de Stenon l'extrémité d'un stylet aiguillé très-fin, comme celui d'Anel. Afin de faciliter sa pénétration, le doigt indicateur porté profondément tend la joue, et redresse ainsi le coude formé par le conduit parotidien, à l'instant où il traverse les fibres du muscle buccinateur. Cet obstacle étant franchi, la sonde s'avance assez aisément jusqu'au voisinage de la fistule, à travers laquelle son extrémité sort quelquefois difficilement, à raison soit du peu d'étendue de l'érosion du canal, soit du défaut de coïncidence parfaite entre son ouverture et celle de la peau. Lorsque cependant elle paraît au dehors, on la saisit, et, achevant de retirer l'instrument, on entraîne dans le trajet qu'il a parcouru un fil solide dont on l'a d'abord armé. Un petit séton, composé de deux brins de soie, est fixé le lendemain à l'extrémité du fil qui correspond à la fistule, et entraîné par lui dans le canal. On renouvelle chaque jour ce corps étranger, en augmentant graduellement son volume jusqu'à ce qu'enfin il ait ramené le conduit parotidien à son calibre normal, ou que même il lui ait communiqué un plus haut degré de dilatation. Lorsque cet effet est obtenu, on doit, suivant le conseil de Louis, conserver le séton sans le renouveler jusqu'à ce que la cicatrice soit parvenue jusqu'autour du fil qui le soutient à l'extérieur. Arrivé à ce point, on coupe le fil lui-même au niveau de la peau, puis, tirant le séton de quelques lignes encore dans le canal, on permet à l'ouverture fistuleuse de se fermer entièrement. Le caustique, la compression, le silence et l'abstinence des alimens contribuent alors puissamment à hâter la guérison. Lorsque la laxité des parois du canal parotidien s'oppose à la marche du séton de l'extérieur vers la bouche, on doit y remédier en le tendant avec deux doigts portés à la fois autour de la joue, et qui, soulevant cette partie, la tirent du côté de l'oreille.

La dilatation est rarement employée; elle reste dans beaucoup de cas, insuffisante, ou les guérisons qu'elle procure sont imparfaites et peu durables. Lorsque la partie antérieure du canal est le siége de phlegmasies qui ont diminué sa capacité, les dilatations n'ont presque jamais qu'un effet passager, et il faut recourir à des méthodes plus assurées.

La compression exercée sur le canal parotidien n'a d'autre effet, en la supposant portée très-loin, que de suspendre le passage de la salive, et de favoriser ainsi l'action des moyens

directs, employés pour cicatriser la fistule. Lorsque l'on réfléchit à la densité des parois du conduit de Stenon, à sa mobilité, à l'abondance du tissu cellulaire qui l'environne, au peu de solidité et de fixité du plan sur lequel il passe, on conçoit combien il est difficile de le comprimer exactement pendant quinze à vingt jours, ainsi que le fit cependant avec succès Maisonneuve. Aussi ce moyen ne doit-il être considéré que comme un accessoire utilement ajouté aux autres procédés.

Desault, le premier et peut-être le seul de tous les praticiens, tenta, en atrophiant la glande parotide, de tarir la source des fistules salivaires, et de procurer leur cicatrisation; mais il n'est pas vraisemblable qu'un tel but puisse être atteint : il faudrait une compression énorme et prolongée pendant fort longtemps pour anéantir en quelque sorte la glande parotide, et encore plusieurs portions de cet organe sur lesquelles il serait toujours impossible d'agir, conserveraient inévitablement leurs fonctions, et entretiendraient encore l'écoulement anormal. Tout porte à croire que, dans le cas rapporté par Desault, la compression a seulement suspendu la sécrétion salivaire, fermé temporairement les origines du canal excréteur, et donné ainsi le temps à la cicatrice de se former. Divers bandages mécaniques ont été imaginés pour exécuter cette compression; mais les cas où ils peuvent être utiles sont si rares que leur description, consignée dans les Mémoires de l'Académie royale de chirurgie, ne mérite pas d'être reproduite ici.

La dernière et la plus sûre des opérations opposées aux fistules salivaires de la joue, consiste à remplacer par une ouverture anormale interne la plaie extérieure qui fournit l'écoulement. Leroy qui employa d'abord ce procédé, l'exécuta au moyen d'un fer rouge porté dans la fistule, et plongé d'arrière en avant et de dehors en dedans à travers toute l'épaisseur de la joue. Monro souleva et tendit la joue avec deux doigts portés dans la bouche; puis, avec une grosse alène de cordonnier, il perfora cette partie, suivant une direction oblique en avant, en bas et en dedans; un cordon de soie, laissé dans la plaie, et dont les deux bouts étaient liés ensemble près de la commissure des lèvres, servit à établir solidement la nouvelle route; on le supprima ensuite, et la plaie extérieure fut promptement cicatrisée. Duphénix se servit d'un moyen différent. Au lieu du cautère actuel de Leroy, ce chirurgien fit usage du bistouri, puis il plaça, dans la moitié interne de la plaie, une canule destinée à prévenir sa réunion, et à conduire la salive dans la bouche jusqu'à l'entière cicatrisation de la solution de continuité extérieure. Celle-ci ayant été avivée par l'excision de ses bords fut réunie au moyen de la suture; et,

après sa guérison, il devint facile d'extraire le conducteur étranger par l'intérieur de la bouche. Bell, Siebold et Cheselden avaient recommandé le procédé de Monro. Desault fit usage d'un trois-quarts à hydrocèle. La canule de cet instrument servit à passer un fil dans la plaie, et ce fil à entraîner de dedans en dehors une mèche de charpie dont on augmenta chaque jour le volume, en ne le faisant porter que sur la moitié interne de l'épaisseur de la joue, la peau n'étant traversée que par le fil. Le quarantième jour, le séton fut supprimé, et le cinquantième, le fil qu'on avait laissé dans la plaie ayant été enlevé à son tour, la cicatrice s'opéra.

Dans un cas qui avait résisté à tous les moyens indiqués jusqu'ici, Deguise imagina de percer la joue à deux endroits, et de passer dans cette double ouverture un fil de plomb recourbé, dont les deux extrémités étaient dans la bouche, et dont la partie moyenne et convexe, cachée dans l'épaisseur de la joue, correspondait à l'endroit même de la fistule. Un petit trois-quarts servit à exécuter cette opération. La joue fut traversée d'abord d'arrière en avant, puis d'avant en arrière, et les deux extrémités du fil, tordues sur elles-mêmes dans la bouche, ne purent éprouver de déplacement. La plaie extérieure ayant été réunie se cicatrisa, et quelque temps après le fil put être extrait sans que la guérison se démentît.

Cette opération présente l'inconvénient d'une plaie en sens opposé de la direction du canal salivaire, et qui devient inutile pour la guérison, tandis que l'autre ouverture, dirigée en avant, peut seule servir à l'écoulement de la salive dans la bouche. Afin de remédier à ce désavantage, Percy voulait que l'on ne fît à la joue qu'une seule ouverture, et que l'extrémité extérieure du fil de plomb fût enfoncée dans la partie postérieure du canal, jusqu'à ce que la cicatrisation de la fistule externe permît de le retirer. Une légère compresse suffit, suivant lui, pour maintenir le fil en place, et plusieurs succès ont couronné ce procédé. Béclard a employé le procédé de Deguise avec succès sur plusieurs malades, mais avec cette modification que les deux ouvertures faites par le trois-quarts furent dirigées dans le sens du conduit normal, et qu'on laissa le fil de plomb en place jusqu'à ce que, divisant le parties comprises dans l'anse qu'il formait, il tombât dans la bouche, et réunît en un seul les deux canaux de la fistule interne. Ce moyen est le plus simple, et, suivant toute apparence, le plus efficace de tous ceux qui ont été imaginés.

SALIVATION, s. f., *ptyalismus;* sécrétion de salive plus abondante que celle qui est nécessaire aux besoins de la parole, de la mastication et de la déglutition. On donne plus particu-

lièrement ce nom, ou celui de ptyalisme, aux cas dans lesquels la surabondance de la salive est excessive, et constitue un état véritablement morbide.

La salive peut couler en plus grande quantité qu'à l'ordinaire sous l'influence d'une multitude d'excitations internes ou externes, sans que ce phénomène constitue un état pathologique; c'est ce qui a lieu quand la vue ou le désir des alimens stimule l'appétit, ou quand une substance irritante agit sur la paroi interne de la bouche; mais alors le flux salivaire est toujours momentané. Il n'en est pas ainsi dans d'autres circonstances, quand il tient à une vive irritation fixée sur les glandes salivaires, où elle a été excitée par l'action sur l'économie de certaines substances, telles, par exemple, que la pyrèthre, les préparations d'or, et surtout les différens composés mercuriels. La salivation forme alors une véritable maladie, ou plutôt le symptôme le plus saillant d'une affection de la membrane muqueuse orale et des glandes qui y versent le produit de leur sécrétion.

La salivation déterminée par le mercure est celle dont on connaît le mieux les phénomènes, parce qu'elle se déclare souvent sans qu'on ait l'intention de l'exciter, et parce qu'on l'a, pendant long-temps, provoquée à dessein, dans la persuasion où l'on était que nulle autre méthode de traitement ne pouvait lui être comparée contre les maladies vénériennes. Lorsqu'elle commence, le malade éprouve un sentiment général de chaleur dans la bouche; les gencives se tuméfient; elles deviennent douloureuses, et blafardes, excepté vers le collet des dents, où elles sont rougeâtres; la langue et l'intérieur des joues s'enflamment, se boursoufflent, et il y a un besoin continuel de cracher; l'haleine acquiert une odeur fétide. Si la maladie fait des progrès ultérieurs, la tuméfaction de toutes les parties augmente, et la langue acquiert parfois un volume si considérable qu'elle ne peut plus être contenue dans la bouche, d'où elle sort de la longueur de quelques pouces. La matière que le malade rend par la bouche est épaisse et filante, ce qui annonce qu'elle est composée en grande partie de mucus sécrété en plus grande abondance par les follicules mucipares; les gencives saignent au moindre contact, et commencent à s'ulcérer autour des dents, dont elles se détachent avec facilité. Ces dernières se couvrent, ainsi que la langue, d'un enduit jaunâtre, fort épais et très-fétide; bientôt le pouls devient fréquent et la tête douloureuse; l'appétit et les forces diminuent; le sommeil disparaît; le gonflement, qui gagne l'arrière-gorge, prend un accroissement et que le malade ne peut quelquefois ni entendre, ni parler, ni avaler. Toute la mem-

brane muqueuse qui tapisse les gencives, les joues et la langue, se couvrent d'ulcères, d'où découle une suppuration sanieuse, et qui sont accompagnées d'une douleur insupportable quand le malade parle, crache et avale. Ces ulcères font toujours des progrès; ils se compliquent souvent de larges escarres gangréneuses et de nécroses des bords alvéolaires, ou même de portions considérables des deux mâchoires; les dents s'ébranlent et tombent, et le malade marche à grands pas vers un état de marasme dont il devient difficile de le tirer. Ce marasme est la suite nécessaire de l'insomnie opiniâtre, de l'abstinence forcée, de l'intensité des douleurs, de la perte excessive de salive qui s'élève ordinairement à quatre ou cinq livres et même plus par jour, enfin de l'ébranlement profond du moral.

Il est bien reconnu aujourd'hui que la salivation est inutile pour la guérison des maladies vénériennes; aussi n'épargne-t-on rien afin de la prévenir.

Trois méthodes principales ont été conseillées pour s'opposer à son développement. Elles consistent à mêler certaines substances avec le mercure, à préparer le malade avant de lui administrer ce métal, et à proportionner la dose de ce dernier d'après la susceptibilité du sujet. La première n'est d'aucune efficacité; l'expérience a montré que le camphre et le soufre, mêlés aux préparations mercurielles, notamment à l'onguent napolitain, étaient insuffisans pour prévenir la salivation, de manière qu'on y a généralement renoncé. La seconde n'est point à négliger, puisqu'elle a pour but de combattre les prédispositions, d'apaiser les irritations dont le canal alimentaire pourrait déjà être le siége, et que le mercure ne manquerait pas d'exaspérer; mais elle manque souvent son effet. La plus sûre de toutes est donc la troisième, qui consiste à observer attentivement les effets du mercure sur l'économie, à le suspendre dès qu'il irrite trop, et à ne pas le prescrire machinalement aux mêmes doses et de la même manière chez tous les sujets. Quand on suit cette méthode, la salivation s'établit rarement, ou du moins si elle survient, elle ne s'élève jamais à un haut degré d'intensité.

Dès qu'elle se déclare, on doit donc cesser l'emploi du mercure, et soumettre le malade à un traitement émollient. Les gargarismes toniques et astringens qu'on a conseillés ne sont propres qu'à accroître les accidens. Le repos, l'abstinence, les délayans, les bains, parfois la saignée, tels sont les moyens sur lesquels on doit compter, et qui ne manquent jamais leur effet. Si la salivation est très-intense, ce sont encore eux qui présentent le plus de chances de succès. Les purgatifs qu'on a tant préconisés, et qui sont devenus un remède presque bannal,

réussissent bien quelquefois, mais le plus souvent l'irritation, provoquée par eux, ne fait qu'agraver celle qui existait déjà. Les vésicatoires ne sont pas non plus à dédaigner, mais demandent toutefois à n'être mis en usage qu'avec circonspection, et ne conviennent point chez les sujets très-irritables. Que dire maintenant de tous les moyens qu'on a vantés d'après le préjugé qui, faisant attribuer la salivation à l'action du mercure en substance sur les organes salivaires, a suggéré l'idée de le neutraliser dans le corps par de nouvelles combinaisons? Le soufre, le sulfure de chaux, le sulfure de magnésie, le sous-acétate de plomb liquide, ont été tour à tour employés dans cette intention, et abandonnés comme inutiles ou même nuisibles. Sous l'empire de ces moyens, tous plus ou moins irritans, la salivation s'accroît souvent, ou tout au moins se prolonge indéfiniment. Ceux qui les ont proposés oubliaient que les malades étaient des êtres vivans, et les maladies des réactions de l'organisme. Ici, comme partout ailleurs, c'est contre l'état pathologique qu'il faut diriger les secours de l'art. En apaisant la phlogose par les antiphlogistiques, aidés parfois des dérivatifs, variés avec prudence, on parvient sûrement à arrêter la salivation, et à procurer assez promptement la cicatrisation des ulcères qui l'accompagnent presque toujours.

SALIVE, s. f., *saliva;* liquide qui humecte continuellement la bouche, et coule surtout en abondance pendant la mastication.

La salive est limpide, sans odeur, sans saveur, un peu plus pesante que l'eau, et visqueuse, ce qui fait qu'elle devient écumeuse quand on l'agite. Elle se compose de la réunion des divers fluides fournis par les six glandes salivaires, et par les glandes malaires, buccales, palatines, linguales et labiales. Les fluides que sécrètent tous ces organes ne se ressemblent pas. Celui des petites glandes mucipares est visqueux, tandis que celui des glandes salivaires proprement dites est plus coulant. Ribes conjecture même que ces dernières donnent chacune une humeur différente. Aussi pense-t-il que l'on devrait s'occuper de nouvelles recherches sur la structure intime de tous ces organes, et d'une analyse nouvelle du liquide fourni par chacun d'eux. Ce travail offrirait certainement un grand intérêt.

La quantité de salive qui se sécrète dans le cours de la journée est très-considérable, mais on ne peut pas l'évaluer d'une manière même approximative. D'ailleurs, elle varie singulièrement suivant un grand nombre de circonstances relatives à l'âge, à la constitution, au climat, à l'état de l'atmosphère, à l'époque du jour, à l'influence de certains organes, notam-

ment le cerveau et l'estomac, à l'action de certaines substances sur les parois de la bouche, etc.

Ce liquide est composé, suivant Berzelius, de 992,9 d'eau, 2,9 d'une matière animale particulière, 1,4 de mucus, 1,7 d'hydrochlorates alcalins, 0,9 de lactate de soude et de matière animale, et 0,2 de soude.

Il a pour usage d'imbiber les alimens pendant l'acte de la mastication, et probablement de leur imprimer un premier degré d'élaboration qui les dispose à être plus facilement attaqués par l'action de l'estomac. C'est aussi par son moyen que les corps savoureux font impression sur l'organe du goût. On doit donc le regarder comme une des humeurs les plus utiles de l'économie, et ce n'est jamais sans inconvénient qu'on le dissipe en pure perte. Les irritations chroniques de l'estomac sont la suite la plus ordinaire de la mauvaise habitude contractée de cracher trop souvent.

On a tenté d'appliquer la salive aux usages de la médecine. Depuis fort long-temps on l'emploie à l'extérieur comme un excellent détersif et résolutif. Mais on a beaucoup exagéré son utilité, qui se borne à celle qu'on doit attendre de tout liquide émollient.

La salive subit diverses altérations dans les maladies. Ces altérations, très-peu connues jusqu'à présent, sont relatives à sa quantité et à ses qualités : lorsqu'elle coule en trop grande abondance, elle constitue la maladie qu'on désigne sous le nom de SALIVATION. Si, au contraire, sa quantité est diminuée de beaucoup, il en résulte diminution du goût, difficulté de la déglutition, et imperfection de la digestion. Il est probable que, dans tous ces cas, sa composition éprouve des changemens notables, correspondans à ceux qui ont lieu dans tous les organes chargés de contribuer en commun à la sécrétion.

SALSEPAREILLE, s. f., *smilax;* genre de plantes de la dioécie hexandrie, L, et de la famille des smilacées, qui a pour caractères : sexes séparés sur des pieds différens; fleurs mâles munies d'un calice en cloche, coloré, divisé très-profondément en six segmens ouverts, et renfermant six étamines, sans corolle; fleurs femelles ayant un calice semblable, caduque, qui entoure un germe ovale, surmonté de trois petits styles, à stigmates oblongs et réfléchis ; baie ronde, disperme.

Parmi les nombreuses espèces de ce genre, on distingue la *salsepareille officinale*, *smilax sarsaparilla*, plante vivace qui croît au Pérou et au Brésil. On n'est pas certain que la salsepareille employée en médecine soit la racine de ce seul végétal, et il se pourrait très-bien qu'on y joignît, dans le pays, plusieurs autres espèces du même genre, comme il ne serait

peut-être pas impossible de la remplacer par celle d'Europe, notamment par le *smilax aspera*, qui croît en Provence et en Corse.

Quoi qu'il en soit, on distingue dans le commerce plusieurs sortes ou variétés de salsepareille : 1° la *salsepareille du Portugal*, la plus chère et la plus estimée, qui vient des établissemens Portugais de Para et de Maranham; elle nous arrive en bottes longues de six à huit pieds, sur environ deux de tour, formées de racines entrelacées, grosses comme des plumes à écrire, pliantes, cannelées sur leur longueur, à écorce mince, et ordinairement privées de souche et de chevelure fibreuse; elle est rougeâtre ou d'un brun noirâtre à l'extérieur, et paraît blanche et farineuse à l'intérieur, quand on la coupe longitudinalement; elle n'a pas d'odeur, mais sa saveur est un peu amère : 2° la *salsepareille de Honduras*, qui vient de la baie du même nom et d'autres lieux adjacens; son écorce est d'un brun sale et quelquefois blanchâtre; elle est garnie de ses souches, plus fibreuse que celle de Portugal, et possède plus de moelle dans l'écorce : 3° la *salsepareille rouge*, qui a la forme générale de la précédente. Comme elle, elle est garnie de ses souches, longue de six à sept pieds, raide et comprimée par la dessiccation; mais elle est plus grêle et entièrement privée de terre. Elle se fend avec une grande facilité, et sans avoir besoin d'être ramollie par son exposition à l'humidité. L'épiderme est généralement d'un rouge orangé, mais souvent aussi il est d'un gris rougeâtre ou blanchâtre. L'écorce, moins nourrie que dans la salsepareille de Honduras, est quelquefois humide; alors elle paraît remplie d'un suc visqueux. Sa partie charnue est blanche. Lorsqu'on fait macérer cette salsepareille dans l'eau, l'épiderme se divise, et prend une couleur rouge ou rose; la partie charnue se gonfle, devient blanche et demi-transparente; en la touchant avec la teinture d'iode, elle devient bleue. Cette variété arrive ordinairement mêlée en petite quantité dans les balles de Honduras. Quoiqu'elle soit peu estimée et presque sans valeur, Guibourt pense qu'elle mérite la préférence sur toutes les autres variétés pour l'usage médicinal, parce qu'elle a une saveur bien plus forte, plus amère et plus aromatique, et une odeur plus marquée, que le froissement suffit pour rendre sensible. C'est aussi l'opinion de Pope, qui a reconnu qu'elle donne beaucoup plus de matière extractive.

Palotta a découvert dans ce végétal un nouvel alcali, qu'il désigne sous le nom de *parigline*, et qui est blanc, pulvérulent, inaltérable à l'air atmosphérique, d'une saveur amère, très-austère, peu astringent et nauséeux, d'une odeur par-

ticulière, d'une pesanteur spécifique supérieure à celle de l'eau distillée, insoluble dans l'eau froide, peu soluble dans la chaude, de même que dans l'alcool concentré froid, mais soluble dans l'alcool bouillant. Cette substance rougit faiblement le papier de curcuma, se fond à la chaleur, puis se décompose à la manière des substances végétales non azotées, et forme des sels avec tous les acides. Palotta a reconnu sur lui-même qu'elle occasione un sentiment de constriction dans l'arrière-bouche, du malaise dans l'estomac, des nausées, des vomissemens, la petitesse et l'accélération du pouls, l'affaissement général des forces. Il paraîtrait que, au delà de treize grains, elle pourrait causer des accidens graves. Tous ces symptômes la classent parmi les excitans, et annoncent qu'elle est le principe actif de la salsepareille.

Cette dernière passe pour le plus puissant de tous les sudorifiques connus, et sa réputation en ce genre est des mieux établies. On s'en sert surtout dans les maladies vénériennes, et dans tous les cas où l'on se propose d'exciter une transpiration abondante. Cependant, comme on ne la donne jamais seule, et que d'ailleurs on l'administre toujours en trop faible quantité, il n'est pas facile de déterminer si les effets qu'on observe après son administration dépendent réellement d'elle, ou tiennent à une autre cause. Les plus grandes contradictions règnent à cet égard entre les auteurs. Toutefois, depuis la découverte de la parigline, on ne peut douter que la salsepareille n'exerce une puissante action stimulante sur les voies gastro-intestinales; mais il faut pour cela la donner à grande dose et en décoction très-rapprochée, c'est-à-dire à la dose de deux à quatre onces par pinte d'eau réduite à moitié, le malade ayant soin d'ailleurs de boire chaud, et de se tenir dans un lit bien couvert. Ce qu'il y a de remarquable toutefois, c'est que, quand la salsepareille produit des effets salutaires sensibles, on n'observe jamais de sueurs notables, ce que nous chercherons à expliquer au mot SUDORIFIQUE. Au reste, on n'emploie jamais la salsepareille qu'en tisane et en sirop.

SALVATELLE, s. f. et adj., *salvatella*; nom donné autrefois à une branche de la veine cubitale, située entre le doigt du milieu et l'auriculaire, sur le dos de la main, parce qu'on croyait que la saignée pratiquée sur elle avait le pouvoir de guérir la mélancolie, préjugé dont le temps a fait justice.

SANDARAQUE, *sandaracha*; résine que l'on trouve, dans le commerce, en petits morceaux transparens, d'un jaune citrin, fragiles, à cassure brillante et polie, qui rougissent un peu avec le temps. Elle a l'odeur et la saveur de la résine des pins, et ne paraît différer de la térébenthine que parce qu'elle

est solide. Elle découle du *thuya articulata*, sur les côtes septentrionales de l'Afrique. Autrefois les médecins l'employaient à titre de stimulant et de diurétique; mais ils ne s'en servent plus aujourd'hui, et l'ont abandonnée entièrement aux arts, qui en tirent de beaux vernis.

SANG, s. m., *sanguis*, *cruor*; nom imposé au liquide qui coule dans les veines et les artères, et dont on ne peut pas donner une définition générale parce qu'il n'est pas le même partout. Les physiologistes en admettent généralement deux variétés, le veineux et l'artériel.

Le sang veineux est celui qu'on trouve dans les veines, le côté droit du cœur et l'artère pulmonaire. Sa couleur rouge brun est assez foncée pour qu'on lui ait appliqué l'épithète inconvenante de sang noir. Elle varie toutefois, car, dans certains cas, elle est moins intense, et peut être même écarlate. Il a une odeur fade tout à fait particulière. Sa pesanteur spécifique est un peu supérieure à celle de l'eau, dans la proportion de 1,0527 à 1,0000. Sa capacité pour le calorique est supérieure à celle du sang artériel, dans la proportion de 934 à 921. Enfin, sa température moyenne est de 31 degrés R. Abandonné à lui-même, après avoir été extrait des vaisseaux qui le contiennent, il ne tarde pas, si on le laisse en repos, à se convertir en une masse molle, à travers laquelle se dégagent quelques bulles de gaz qui se creusent un petit canal dans son épaisseur pour arriver à la superficie. Cette masse se sépare peu à peu d'elle-même en deux parties : l'une, liquide, qui surnage, et qu'on nomme *sérum*, est jaunâtre et transparente; l'autre, qui tombe au fond du vase, est molle, presque solide, d'un brun rougeâtre foncé, et entièrement opaque; on l'appelle *caillot*. Quelquefois aussi il se forme, à la surface du sérum, une croûte mince, molle et rougeâtre, à laquelle on a donné le nom de *couenne*. Lorsqu'on agite le sang veineux, il ne présente pas ces phénomènes, et conserve bien plus long-temps son homogénéité. Si on le met en contact avec du gaz oxigène ou de l'air atmosphérique, il prend une teinte rouge vermeille; l'ammoniaque le rend rouge cerise, et l'azote rouge brun plus foncé. En changeant de couleur, il absorbe une quantité plus ou moins considérable de ces différens gaz. Quand on le conserve pendant quelque temps sous une cloche, placée elle-même sur le mercure, il laisse exhaler une assez grande quantité d'acide carbonique.

Le sang artériel est celui qui remplit les artères, le côté gauche du cœur et les veines pulmonaires. Il a une couleur écarlate, une odeur fragrante d'ail, une saveur salée, une consistance visqueuse, une plus grande tendance à se coagu-

ler, ou une plasticité plus forte, une pesanteur spécifique moins considérable (1,049), et moins de capacité pour le calorique. Sa température est d'environ 32 degrés R.

Lorsqu'on examine le sang dans ses vaisseaux, à l'aide d'un verre grossissant, on aperçoit une quantité innombrable de petites molécules arrondies qui nagent dans un liquide séreux, et roulent les unes sur les autres. Ces globules, dont la découverte est due à Malpighi, existent dans le sang de tous les animaux. Prevost et Dumas ont reconnu que leur apparence et leur diamètre sont les mêmes au dedans et hors des vaisseaux, qu'ils ne sont pas doués d'un mouvement de rotation sur leur centre, comme l'avaient cru quelques observateurs, et qu'ils suivent tout simplement la direction du sang. Ces globules sont arrondis, aplatis, et composés d'un noyau central renfermé dans un sac membraneux. Prevost et Dumas leur ont constamment trouvé un diamètre d'un cent cinquantième de millimètre, sans pouvoir observer aucune différence qu'on pût rapporter à l'air, au sexe, ou à l'état morbide, quoique probablement il en existe que des recherches ultérieures apprendront à connaître.

Si l'on examine l'un après l'autre les deux produits de la coagulation du sang veineux, le sérum et le caillot, on reconnaît qu'ils ont les propriétés suivantes :

Le sérum est transparent et légèrement jaunâtre. Sa saveur et son odeur rappellent celles du sang. Il a une alcalinité très-prononcée. Exposé à une température de soixante-dix degrés, il se prend en masse comme l'albumine, et forme de nombreuses cellules qui contiennent une matière très-analogue au mucus. Il conserve même cette propriété de se coaguler en une seule masse, après avoir été étendu d'une grande quantité d'eau. Brande le considère comme de l'albumine presque pure, maintenue à l'état liquide par de la soude. L'action de la pile voltaïque le coagule, et y développe des globules qui ont beaucoup d'analogie avec ceux du sang. Il a parfois une teinte blanche et comme laiteuse, qu'il paraît devoir à de la graisse. Berzelius l'a trouvé composé : d'eau, 903,0; albumine, 80,0; lactate de soude et matière extractive, 00,4; hydrochlorate de soude et de potasse, 00,6; soude, matière animale et phosphate de soude, 00,4. Traill, ayant analysé celui d'un individu atteint d'une hépatite aiguë, y a reconnu : de l'eau, 78,9; de l'albumine, 15,7; de l'huile, 4,5; des hydrochlorates, 9,7; et des lactates, 0,2. Le sérum sur lequel il avait opéré ressemblait à une émulsion.

Le caillot est formé de FIBRINE et de matière colorante. Cette dernière est soluble dans l'eau. Lorsque, après l'avoir

desséchée, on la chauffe au contact de l'air, elle se fond, se boursouffle, brûle avec flamme, et donne un charbon très-difficile à incinérer, qui, dans la combustion, laisse dégager du gaz ammoniaque, et donne un centième de cendre composée d'oxide de fer, de phosphate de chaux, d'un peu de phosphate de magnésie, de chaux pure et d'acide carbonique.

Aucune des parties du sang ne contient ni gélatine ni phosphate de fer, comme on l'ayait pensé autrefois.

On n'a point encore déterminé avec précision le rapport respectif des quantités de sérum et de caillot, de fibrine et de matière colorante. Il paraît qu'elles varient suivant une foule de circonstances.

L'odeur du sang tient-elle à un principe particulier? On ne sait rien de positif à cet égard. Cependant il serait essentiel qu'on s'occupât de la source de cette odeur, qui influe probablement sur le rôle que le sang joue dans l'économie.

Indépendamment des matériaux qui viennent d'être indiqués, et qui appartiennent en propre au sang veineux, comme ce liquide reçoit immédiatement toutes les matières qui passent dans les intestins, dans le tissu cellulaire, à la surface des membranes séreuses, etc., sa compositiou doit varier en raison des substances que l'absorption y introduit. Ainsi on y trouve, dans diverses circonstances, de l'alcool, de l'éther, du camphre, des sels qu'il ne contient pas habituellement, etc.

Nous ne possédons pas encore d'analyse comparative exacte du sang veineux et du sang artériel. Tout ce qu'on sait de positif, c'est que ce dernier contient, toutes formées, la matière cérébrale, l'urée et la matière jaune de la bile. Si l'on joint à cela la fibrine, l'albumine et les phosphates de chaux et de magnésie, on sera disposé à croire qu'il renferme les matières de tous les organes, dont l'analyse finira peut-être par y démontrer l'existence. Cependant il est à remarquer qu'on n'a pu, jusqu'à présent, y découvrir de gélatine.

On a beaucoup discuté la question de savoir si les deux sangs étaient partout identiques. Ce problème paraît cependant assez bien résolu aujourd'hui. Lorsque le poumon est sain, et que la respiration s'y exécute d'une manière complète, le sang artériel doit être le même dans les quatre veines pulmonaires, comme il l'est dans tout le cours de l'aorte; mais si l'un des poumons est malade en partie ou en totalité, de manière que la respiration ne s'y fasse pas du tout, ou n'y ait lieu que d'une manière incomplète, une portion du sang veineux n'éprouvera pas de transformation, et passera dans les cavités gauches du cœur avec le véritable sang artériel. Quant à la non identité du sang dans les veines, elle ne peut

être douteuse depuis que l'absorption par ces vaisseaux est bien démontrée, et l'opinion de Legallois à cet égard se trouve confirmée par les expériences des physiologistes modernes. Le sang veineux ne peut être identique que dans l'artère pulmonaire; parce que toutes les substances diverses qui le constituent ont éprouvé un mélange intime par l'action du cœur; mais jusque là il varie en raison des parties du corps d'où il revient, et des substances qui ont pu être mises naturellement ou accidentellement en contact avec ces parties. Le sang artériel doit aussi présenter de nombreuses modifications dans les vaisseaux capillaires.

Nous ne savons rien de positif sur la quantité de sang contenue dans le système sanguin, si ce n'est qu'elle est très-considérable. Mais comme elle varie en raison d'un grand nombre de causes, on ne peut compter sur les évaluations qu'ont données quelques écrivains, non plus que sur les calculs qu'on a voulu établir relativement à la proportion respective des deux sangs. Il n'est pas douteux toutefois que le sang veineux, pris en totalité, ne l'emporte sur le sang artériel, parce que la capacité totale des veines est supérieure à celle des artères, et que le système veineux reçoit une foule de matériaux du dehors.

Les altérations que le sang peut subir dans les maladies sont inconnues. Les médecins en parlent souvent à la vérité, mais seulement pour complaire à des vues théoriques. L'expérience directe n'a encore rien appris à cet égard, et jusqu'à ce qu'elle ait prononcé, toute théorie doit se taire, puisqu'elle tombe d'elle-même quand elle ne repose pas sur des faits précis et incontestables. Il est à présumer seulement que ces altérations ont lieu dans beaucoup de cas, et pour le sang veineux, et même pour le sang artériel, quand la respiration se trouve dérangée de son rhythme normal.

SANG-DRAGON, s. m., *sanguis draconis*; nom collectif de toutes les résines qui ont une couleur rouge, quels que soient les végétaux qui les fournissent.

Le sang-dragon existe dans le commerce sous trois formes différentes; en petits pains plats et cassans; en masses pesant jusqu'à trente livres, et qu'on casse en morceaux de divers volumes; en morceaux arrondis, de la grosseur d'une noix à peu près, qu'enveloppent des feuilles de roseau, nouées au dessous d'eux. Cette dernière sorte est la plus estimée, et la première celle qu'on recherche le moins.

Les *pterocarpus draco* et *santalinus*, le *dracœna draco*, le *calamus draco*, le *dalbergia monetaria* et quelques autres plantes, fournissent des résines rouges qu'on appelle toutes

également sang-dragon, quoiqu'on ne soit pas certain d'une parfaite identité entre elles.

Le sang-dragon pur est en masses légères, parsemées de points brillans, friables, inodores, insipides, d'un rouge brun, et inflammables. Il ne se dissout pas dans l'eau ni dans la salive, mais bien dans l'alcool et les huiles. La pulvérisation avive sa couleur, et lui donne une teinte plus éclatante. Il exhale une odeur aromatique et brûlante.

Nous ne possédons pas encore d'analyse exacte de cette substance, qui paraît contenir beaucoup de résine, avec du tannin et une petite quantité de mucilage. La ressemblance qu'elle a, sous le rapport de la couleur, avec l'oxide rouge de fer, lui a fait attribuer des propriétés astringentes très-prononcées; mais l'expérience a démontré qu'on avait beaucoup exagéré sa vertu astringente, de sorte qu'on ne l'emploie presque plus aujourd'hui, quoiqu'elle ait été singulièrement vantée jadis dans tous les flux excessifs, sanguins ou autres, et même pour la guérison des ulcères. On la prescrivait en pilules, à la dose d'un demi-gros et plus. On l'administrait aussi en teinture alcoolique. Maintenant, elle ne sert plus guère qu'à préparer de beaux vernis rouges.

SANGLOT, s. m., *singultus;* phénomène respiratoire qui consiste en une expiration entrecoupée, produite par des alternatives brusques de contraction et de relâchement du diaphragme et des autres muscles de la poitrine, et qui se manifeste souvent à l'occasion d'un excès de douleur ou de joie.

Le sanglot diffère du hoquet en ce que les mouvemens qui le caractérisent sont moins brusques, moins convulsifs, non douloureux et plus rapprochés.

SANGSUE, s. f., *hirudo.* Bien que les sangsues puissent être appliquées sur tous les points de la surface du corps, on observe qu'elles s'attachent plus promptement aux régions dont la peau fine et délicate leur oppose le moins de résistance, et semble plus perméable au liquide dont elles sont affamées. Il convient, excepté dans les cas urgens, de les éloigner des orifices du nez, des oreilles, du rectum et du vagin dans la crainte qu'elles ne pénètrent dans ces parties, et y demeurent attachées sans qu'on le sache. Les régions garnies d'un tissu cellulaire lamineux et lâche, comme les paupières et le scrotum, sont exposées, à la suite des applications de sangsues, à devenir le siége d'ecchymoses considérables qu'il convient d'éviter, en n'y plaçant pas ces animaux sans nécessité. Il importe enfin, surtout chez les enfans dont la peau est très-délicate, de ne jamais placer les sangsues sur le trajet des nerfs, des grosses veines ou des artères superfi-

cielles, parce qu'elles pourraient atteindre ces parties, et occasioner des accidens graves. Vitet avait déjà noté les dangers attachés à une pratique contraire; Dupuytren a vu une fois la veine jugulaire ouverte; et la piqûre de l'artère temporale a donné lieu, dans ce cas rapporté par Richerand, à une hémorragie qui faillit devenir mortelle. On doit attribuer les douleurs excessives et les mouvemens presque convulsifs que déterminent les sangsues chez certains sujets, à la lésion de quelques filets nerveux sous-cutanés.

Les parties, sur lesquelles on se propose d'appliquer les sangsues doivent être rasées avec soin, puis lavées, afin de les dépouiller de toutes les matières susceptibles d'en écarter ces animaux. Lorsque les sangsues refusent de prendre, on parvient fréquemment à les y déterminer en frottant la peau, et en y appelant le sang; le lait semble propre aussi à exciter leur appétit. Il est rare que les sangsues, bien vivantes, qui n'ont pas sucé depuis long-temps, et qui sont dans l'état de santé, ne prennent pas sans difficulté, aussitôt qu'elles sont placées sur les parties. On les y dispose cependant encore en les tenant hors de l'eau une ou deux heures avant d'en faire usage.

Quelques personnes, pour les placer, les saisissent par le milieu du corps, et les présentent successivement à la peau; mais ce procédé entraîne des longueurs interminables, et souvent les sangsues, ainsi pressées, tendent beaucoup plus à se dégager d'entre les doigts, qu'à piquer les tégumens auxquels elles s'attachent. Un autre moyen plus simple et plus rapide consiste à mettre les sangsues dans un verre que l'on renverse ensuite sur la région du corps où l'on désire les faire prendre. On n'a point alors à craindre de les voir s'échapper, et il est rare qu'elles tardent beaucoup à mordre; cependant, quelques-unes d'entre elles restent assez souvent fixées au fond du vase, d'où l'on est obligé de les détacher pour les faire descendre sur la partie. Le moyen que nous employons ne présente aucun de ces inconvéniens; il consiste à mettre les sangsues au milieu d'une compresse épaisse, et à les appliquer ainsi immédiatement sur la peau; les mains placées convenablement les empêchent toujours de s'écater et d'aller prendre ailleurs. Maintenues en contact avec les tégumens, et soumises à une douce chaleur, ainsi qu'à une compression légère, elles adhèrent presque toujours avec facilité; mais ce procédé ne convient que dans les cas où l'on agit sur de larges surfaces. Si l'on était obligé de placer les sangsues dans des endroits étroits, enfoncés, comme aux gencives, dans les narines, à la face interne des paupières ou au col de l'utérus, il faudrait user de moyens plus exacts.

Lœfler voulait que l'on enfermât les sangsues dans un étui longitudinalement fendu en deux parties, dont une extrémité était fermée par une culasse et l'autre libre. Celle-ci, à laquelle devrait correspondre la tête de l'animal, était placée sur la partie à laquelle il devait s'attacher. La carte roulée de Schwilgué et le tuyau de plume conseillé par d'autres personnes sont d'autant plus propres à remplacer l'étui de Lœfler, que la sangsue que l'on y renferme peut être poussée avec un stylet vers les tissus contre lesquels on applique la portion opposée de l'instrument.

Une fois attachées, les sangsues se gorgent de sang avec plus ou moins de rapidité, puis tombent d'elles-mêmes, lorsqu'elles sont assez remplies. Quelquefois cependant elles continuent de rester adhérentes, bien qu'elles cessent d'attirer du sang, et l'on est obligé de provoquer leur chute. Quelques grains de muriate de soude ou de tabac en poudre suffisent toujours pour produire cet effet. Dans les cas contraires, lorsqu'on veut prolonger l'action des sangsues, on peut, à l'instant où elles sont à peu près gorgées de sang, retrancher d'un coup de ciseaux leur partie postérieure. Cette opération ne les fait pas tomber; elles se vident en partie, et les bords de la plaie, se fronçant bientôt, semblent se resserrer comme par l'effet d'un sphincter. L'animal continue de tirer du sang; et, à mesure qu'il se gonfle trop, le surplus s'écoule par la plaie. Nous avons ainsi prolongé, pendant plus de deux heures, l'action de sangsues bien vivantes, et opéré une évacuation beaucoup plus abondante qu'on ne l'aurait obtenue sans ce moyen.

L'écoulement qui a lieu par les piqûres à la suite de la chute des sangsues, a presque constamment besoin d'être entretenu et rendu plus abondant, afin de remplir les indications thérapeutiques. On obtient ce but en lavant plusieurs fois les parties avec de l'eau chaude, afin de détacher les caillots des plaies, et de mettre à nu les orifices ouverts des vaisseaux. Si la disposition des parties le permet, on peut, avec avantage, on plonger dans l'eau la région piquée, ou l'exposer à la vapeur de l'eau bouillante. Des ventouses, appliquées plusieurs fois sur les piqûres, augmentent beaucoup la quantité de sang qu'elles fournissent, et peuvent prolonger leur écoulement autant qu'on le juge convenable.

Quelquefois cependant l'hémorragie, qui succède à la chute des sangsues, devient trop considérable, et il importe d'y mettre un terme : des lotions froides et styptiques réussissent moins bien alors que l'application, sur chaque piqûre, d'un morceau d'agaric que l'on soutient avec le doigt jusqu'à ce qu'un caillot solide soit formé. Lorsque l'écoulement est opi-

niâtre, il faut substituer à ce procédé, qui devient insuffisant, la cautérisation avec le nitrate d'argent, le sulfate de cuivre, l'acide nitrique ou le fer incandescent. Nous avons toujours réussi, en couvrant la région piquée d'une serviette pliée en plusieurs doubles, chauffée, au point d'être rendue brûlante, et maintenue serrée contre la peau pendant quelques minutes. La chaleur coagule alors le sang, et détermine la formation des caillots entre les bords des plaies. Lorsque les parties ne se prêtent pas à l'emploi de ce moyen, nous plaçons sur chaque piqûre un morceau de linge replié sur lui-même, et nous le soutenons avec l'extrémité fortement échauffée d'une spatule, jusqu'à ce que le caillot se soit formé. Toutes les fois que des sangsues sont appliquées, on ne doit quitter le malade qu'après l'entière cessation de l'écoulement sanguin. On a vu des accidens graves, et même la mort, résulter d'une négligence qui avait fait abandonner, comme peu importans, des suintemens qui, prolongés pendant douze à quinze heures, ont entraîné l'affaiblissement extrême ou l'extinction des actions vitales.

L'irritation locale qui succède à l'application des sangsues, ne réclame, lorsqu'elle est modérée, aucun traitement particulier; mais lorsque des érysipèles, des phlegmons, des furoncles ou des abcès sous-cutanés surviennent, les applications émollientes sont indispensables, et ces maladies doivent être traitées comme si elles dépendaient de toute autre cause. Il est presque inutile de répéter que ces inflammations sont dues à la disposition du sujet, et non à des qualités vénimeuses que les sangsues ne possèdent jamais. Lorsque quelque sangsue a pénétré dans une des cavités des membranes muqueuses ouvertes à l'extérieur, il suffit, pour les détacher, d'y pousser quelques injections d'eau vinaigrée ou salée. Ce moyen est celui dont il conviendrait de faire usage chez les sujets qui auraient avalé quelques sangsues, en buvant dans les sources ou aux bords des ruisseaux. Larrey a observé en Egypte plusieurs faits de ce genre : les sangsues fixées à l'arrière-bouche, y provoquaient une hémorragie continuelle que leur chute seule pouvait faire cesser. Il suffit d'être averti de la possibilité d'un semblable accident pour le reconnaître et y porter immédiatement remède.

L'usage des sangsues, en médecine, n'est pas nouveau; Galien l'a préconisé. Rhazès, Zacutus Lusitanus, Baverius, Bruelus, Capivaccius, Gariopontus, Forcest, Alexandre Benedetti, Fabrice de Hilden, Fontanus, Kiranides, Houllier, Paré, Strobelberger, Arnauld de Villeneuve, Hennius, Kamper, ont recommandé l'application des sangsues dans la teigne, les pustules invétérées de la face, la phrénésie, l'épilepsie, la

céphalalgie, la glossite, la couperose, le furoncle, l'angine, la mélancolie, le vertige, la paralysie, l'apoplexie, l'ophthalmie, l'odontalgie, les scrofules, l'hémoptysie, la tuméfaction de la rate. Stahl considérait ce mode d'évacuation sanguine comme non moins propre que la phlébotomie et les ventouses scarifiées à combattre la pléthore. Il préférait les sangsues aux ventouses, non-seulement parce qu'elles aspirent plus fortement et attirent mieux le sang, mais encore parce qu'après qu'elles sont tombées l'écoulement du sang continue. Il leur assignait pour usage principal de provoquer les hémorroïdes, ce que ne peuvent faire les ventouses ni la saignée. Un de ses disciples disait en 1723 : Il serait à désirer que cet emploi des sangsues fût justement apprécié des médecins et des chirurgiens; c'est par là que ce moyen produit des effets si admirables dans les douleurs hypocondriaques, rhumatismales, ischiatiques, hystériques, asthmatiques, goutteuses, néphrétiques, dans les varices, la chorée, la stupeur, la paralysie; certes, ajoute-t-il, s'il y a un moyen spécifique pour provoquer les hémorroïdes, c'est dans les sangsues qu'on peut le trouver. Le même écrivain dit encore : S'il est à regretter que plusieurs auteurs n'aient pas fait mention des sangsues, il n'en faut pas moins blâmer l'abus que d'autres en font dans les cas où l'usage en est le moins indiqué. Il convient, ajoute-t-il, de réserver cet agent thérapeutique pour les cas où l'emploi en est formellement indiqué, et d'y joindre l'usage de tous les autres moyens de l'art. Ces réflexions sont fort sages, et quoiqu'elles aient cent ans de date, elles ont aujourd'hui tout le mérite de l'à-propos.

L'application des sangsues est aujourd'hui en France le remède auquel on a le plus souvent recours; sa vogue égale celle dont a joui naguère l'émétique, et dont jouirent jadis les purgatifs. Pour les partisans aveugles des nouvelles théories, la pratique de la médecine se réduit à prescrire la diète, et l'application des sangsues, le plus près possible du lieu auquel le malade rapporte la douleur qu'il éprouve. Ces hommes, privés de jugement, ne connaissent guère d'autre mode d'émissions sanguines. Nous avons dit à l'article SAIGNÉE quels sont les avantages de l'ouverture des vaisseaux. Nous allons parler ici de ceux de l'ouverture des capillaires par les sangsues.

Dès que la solution de continuité et la succion ont lieu, on voit se développer, autour de la partie de la peau cachée par la tête implantée de la sangsue, une auréole rouge plus ou moins étendue, plus ou moins manifeste; le sujet éprouve un sentiment de piqûre qui redouble par intervalle, et qui alors lui arrache quelquefois des plaintes, lorsqu'il est très-sen-

sible. Cette douleur se prolonge parfois dans la direction de la partie, si c'est un membre, ou bien elle irradie, si elle a lieu dans tout autre point du corps. Lorsque les sangsues ont piqué très-près l'une de l'autre, l'auréole de chaque piqûre se confond avec celle des piqûres environnantes, et il s'opère ainsi une véritable rubéfaction plus ou moins étendue de la peau. Lorsqu'on procure la chute des sangsues à l'aide d'une poudre irritante, avant qu'elles aient cessé de sucer la plaie qu'elles ont faite, et lorsqu'on arrête de suite l'écoulement du sang, cette rubéfaction persiste quelque temps, et ne s'évanouit que par degrés; le tissu cellulaire sous-jacent se tuméfie, la peau elle-même semble avoir augmenté d'épaisseur; les bords des petites plaies, effets de chaque piqûre, sont très-tuméfiés, noirâtres, et ne tardent pas à s'entourer d'une auréole lie-de-vin, puis bleuâtre, ensuite jaunâtre, et qui ne cesse pas avant plusieurs jours.

Si, au contraire, les piqûres sont éloignées les unes des autres d'au moins un demi-pouce, si on laisse couler le sang jusqu'à ce qu'il s'arrête naturellement, et surtout si on en favorise l'écoulement par le lavage ou les embrocations chaudes, l'auréole de chaque piqûre s'efface promptement, les bords des piqûres sont à peine élevés au dessus du niveau de la peau, l'ecchymose de chacune est très-circonscrite, le tissu cellulaire sous-jacent se gonfle à peine.

De quelque manière qu'on procède, presque toujours les piqûres de sangsues s'enflamment le lendemain, ce qui ajoute alors à leur effet dérivatif.

Dans le premier cas, il y a légère émission sanguine, stimulation assez vive et durable de la peau; dans le second, il y a émission sanguine abondante, stimulation assez vive, mais passagère de la peau.

L'application des ventouses par dessus les piqûres des sangsues, quand l'écoulement du sang se ralentit, s'établit difficilement ou bien est insuffisant, ajoute beaucoup à leur utilité comme moyen évacuatif du sang : cette pratique n'est pas assez employée.

L'application d'un sinapisme, d'un vésicatoire, sur les piqûres encore récentes, est un moyen dérivatif violent et dont il faut user avec réserve.

Il y a donc, dans l'application des sangsues une émission sanguine et une stimulation plus ou moins passagère ou durable. L'émission sanguine est toujours lente; elle n'est abondante que lorsqu'on favorise l'écoulement du sang; elle désemplit directement les ramuscules artériels, les radicules veineuses de la partie sur laquelle on applique les sangsues, et de

proche en proche ceux des parties voisines. C'est ainsi que la plèvre costale, le péritoine pariétal, la membrane muqueuse du larynx, se trouvent soulagés du sang qui s'y porte en trop grande abondance, par l'application des sangsues au thorax, à l'abdomen, au cou. Mais comment se fait-il qu'une application de sangsues à l'épigastre, par exemple, favorise la résolution d'une inflammation de la membrane muqueuse de l'estomac? ceci ne peut se concevoir qu'en se rappelant d'abord l'étroite sympathie qui existe entre la peau de l'abdomen et les viscères abdominaux, puis la possibilité du dégorgement de proche en proche par le péritoine, et enfin l'influence de toute émission sanguine un peu abondante sur tout l'organisme, ou plutôt sur le cœur, sans l'exaltation de l'action duquel il n'y a pas de fièvre et point d'inflammation aiguë intense avec réaction manifeste. N'est-il pas d'ailleurs bien plus étonnant de voir l'application des sangsues à l'anus, aux malléoles, se montrer parfois plus efficace que leur application aux tempes dans la céphalalgie?

Voyons ce que l'expérience a démontré, relativement au lieu d'application des sangsues. On les applique sur la partie enflammée d'un tissu, ou bien autour de cette partie, ou sur un tissu analogue voisin, continu à celui qui est enflammé, ou sur un tissu non continu, au moins immédiatement, et plus ou moins éloigné.

Lorsqu'on applique les sangsues sur la partie enflammée elle-même, si elles sont en assez grand nombre, si le sang coule en suffisante quantité et long-temps, l'inflammation diminue, c'est-à-dire que le tissu phlogosé pâlit, se rafraîchit, et perd son excès de sensibilité. Dans les cas contraires, l'afflux du sang augmente, la tuméfaction s'accroît, la rougeur devient foncée, la douleur augmente, et il peut en résulter tous les inconvéniens d'une phlegmasie portée au plus haut degré. Cependant, il ne paraît pas que ces inconvéniens surviennent très-souvent, car on guérit la blépharite en appliquant des sangsues à la face interne des paupières, l'inflammation des gencives, des parois de la bouche, de la membrane palatine, des amygdales, de la langue, du gland, des grandes lèvres, de l'anus, par l'application des sangsues à ces diverses parties; on guérit l'érysipèle par cette application faite à la peau, au centre même de la partie phlogosée. Toutefois, ce mode d'application n'étant pas exempt de danger, il vaut mieux recourir au second, qui n'en offre aucun.

Lorsqu'on applique les sangsues autour de la partie enflammée, sur le tissu malade lui-même, on a tous les avantages du mode précédent sans en avoir les inconvéniens; mais

cela n'est pas possible quand le tissu enflammé est fort peu étendu ou enflammé dans toute sa surface ; il faut alors courir les chances du premier mode d'application, ou recourir au troisième.

Lorsqu'on applique les sangsues sur un tissu continu au tissu enflammé, il faut toujours les placer le plus près possible du mal; il n'y a, dans cette pratique, aucun inconvénient à craindre, et il y a toujours beaucoup d'avantages. On opère très-rarement l'extension de la phlegmasie, toujours on diminue l'afflux du sang vers la partie enflammée, et l'on détermine une stimulation et un afflux véritablement dérivatifs dans la partie voisine, quand on applique le nombre de sangsues nécessaires, lorsqu'on fait suffisamment couler le sang, et c'est là surtout que l'inflammation des piqûres produit une véritable dérivation. Quelquefois, cependant, on en applique en petit nombre, et l'on fait promptement cesser l'écoulement : c'est lorsqu'on veut diminuer la douleur et éviter en même temps la délitescence, comme dans la goutte, par exemple.

Lorsqu'on ne peut appliquer les sangsues sur le lieu affecté, ni autour, ni sur un tissu continu voisin, il faut choisir au moins le lieu le plus rapproché, et c'est presque toujours la peau qui recouvre la région de la partie enflammée; en cela, il faut tirer parti de cette remarque d'Hippocrate, qui dit que là où est la sueur, là est le mal. On a prétendu que l'anus était plus près de l'estomac que l'épigastre; cette erreur singulière est inexplicable. Néanmoins, il y a souvent de l'avantage à faire l'application des sangsues à l'anus, quand surtout il s'agit de diminuer l'irritation qui sévit à la fois sur un organe abdominal et sur l'encéphale, quitte à les appliquer ensuite à l'épigastre et aux tempes.

L'application des sangsues se fait aux tempes, derrière les oreilles et au cou, lorsqu'il s'agit de combattre l'irritation d'une partie située dans le crâne. Chacun de ces trois endroits est préféré aux deux autres par certains praticiens; mais il faut suivre à cet égard l'indication, et appliquer les sangsues aux tempes si la douleur est antérieure ou latérale, derrière les oreilles si elle est occipitale. L'application est plus commode aux tempes, par conséquent on doit préférer cette place quand il n'y a pas de motif pour choisir plutôt la région post-auriculaire. L'application des sangsues au cou, le long du trajet des jugulaires, est remplacée par l'ouverture de ces veines; mais elle est préférable à l'application aux tempes et derrière les oreilles quand il s'agit de tirer beaucoup de sang, parce qu'il y a plus de place pour mettre beaucoup de sang-

sues, et une plus grande abondance de parties molles. Aussi préfère-t-on cette place dans l'apoplexie, qui d'ailleurs est plus efficacement combattue par l'ouverture de la jugulaire, et par la saignée de la saphène, ainsi que par l'artériotomie temporale.

Les sangsues sont appliquées le long du rachis quand on veut faire cesser l'irritation de la moelle épinière ou de ses membranes; mais il faut avouer que ce moyen est assez peu efficace, au moins tel qu'on l'a employé jusqu'à ce jour. C'est là sans doute qu'il faut les appliquer dans les convulsions qui laissent les facultés intellectuelles intactes; mais alors la saignée est plus puissante.

On applique les sangsues aux tempes pour combattre l'ophthalmie; il serait peut être préférable de les placer à la paupière inférieure. On a proposé de les placer à l'entrée des narines pour faire cesser les congestions cérébrales. On les met sous la mâchoire inférieure pour combattre l'angine; à la partie antérieure du cou pour faire cesser le croup, la laryngite, l'œsophagite, la trachéite, et pour dissiper la tuméfaction inflammatoire des ganglions lymphatiques voisins. Dans la bronchite, les sangsues sont appliquées sur le sternum; il vaudrait peut-être mieux les placer au dessus de l'extrémité interne des clavicules. Dans la pleurésie, on poursuit le point douloureux en les mettant partout où il se fait sentir. Dans la péricardite, il faut les appliquer là où frappent les pulsations du cœur, et notamment à l'endroit où frappe ce viscère. Dans la pneumonie, l'application des sangsues au thorax est un palliatif perfide, en ce qu'il détourne ceux qui s'y confient de l'emploi de la saignée, laquelle est alors seule indiquée, à moins qu'il n'y ait pleuropneumonie.

L'application des sangsues à l'abdomen doit varier pour l'endroit précis, en raison de la situation du viscère enflammé. On les place aux lombes dans la néphrite et le lumbago. Nous avons parlé de leur apposition à l'anus; nous avons dit qu'elle avait l'avantage d'agir et sur l'abdomen et sur la tête; nous ajouterons que ce mode d'application doit être préféré à tout autre chez les hémorroïdaires, mais il faut alors, et même toujours, que l'évacuation sanguine soit abondante. Les stahliens ont attribué trop d'efficacité à l'application des sangsues à l'anus; les broussaisiens y recourent trop rarement, et seulement dans les cas de colite ou inflammation du gros intestin.

L'application des sangsues aux grandes lèvres blesse la pudeur des femmes, et n'est pas exempte d'inconvéniens de plusieurs sortes; il ne faut point la prescrire aux jeunes filles,

car elle détermine un prurit qui peut conduire à la masturbation; sauf toutefois le cas de nécessité absolue.

Le périnée est l'endroit où l'on applique les sangsues dans la cystite, la prostatite, l'urétrite, et même la métrite; mais, pour ces deux dernières, il vaut mieux les placer le long de la verge chez l'homme, et aux grandes lèvres ou même au museau de tanche chez la femme mariée.

Au scrotum, les sangsues ne sont appliquées que pour les cas d'orchite ou d'épididymite, c'est-à-dire d'inflammation du testicule ou de l'épididyme. A la région inguinale, on les applique pour combattre les inflammations des ganglions de l'aine, et dans les cas où les ligamens de l'utérus, la matrice ou l'ovaire sont enflammés.

Il est plusieurs médecins qui croient fort utile d'appliquer des sangsues à la partie interne et supérieure des cuisses; pour que cette application soit efficace, il faut que l'on obtienne beaucoup de sang. L'expérience nous a prouvé que l'application des sangsues autour des malléoles est plus puissante, parce qu'on peut faire prendre un bain local avant de les apposer, et un autre après leur chute; de cette manière, on détermine un afflux considérable, une sorte de courant de haut en bas, une émission sanguine abondante, et une dérivation énergique. C'est un moyen puissant dans les inflammations cérébrales, notamment dans celle des méninges. Chirac en avait pressenti les avantages, car il faisait alors saigner du pied, et laissait couler le sang goutte à goutte.

L'application successive d'un petit nombre de sangsues de de cinq à dix par exemple, que l'on remplace à mesure qu'elles tombent, est d'une grande utilité pour combattre les inflammations aiguës tenaces, et les inflammations chroniques. Gama s'est avantageusement servi de ce moyen dans le traitement des plaies de tête. *Voyez* SAIGNÉE.

SANGUIN, adj.; se dit du système organique vasculaire qui recèle le sang, du tempérament dans lequel le sang paraît en quelque sorte surabondant, des sujets doués de ce tempérament, des maladies auxquelles il prédispose, et qui se manifestent sous l'influence de causes dont les effets se prononcent surtout dans le système circulatoire. C'est dans ce sens qu'on dit *système*, *tempérament*, *sujet sanguin*, *constitution*, *prédisposition*, *diathèse*, *maladie sanguine*.

SANGUINOLENT, adj., *sanguineus;* qui ressemble au sang par la couleur, ou qui recèle du sang : ainsi on dit *crachats*, *pus sanguinolens*, *urine sanguinolente*. Les liquides morbides striés de rouge contiennent en effet du sang; mais l'urine dont la teinte est rouge n'en renferme pas toujours.

SANICLE, s. f., *sanicula;* genre de plantes de la pentandrie digynie, L., et de la famille des ombellifères, J., qui a pour caractères : ombellules ramassées en tête; fleurs presque sessiles; celles du centre mâles; calice presque entier; cinq pétales entiers; deux semences ovales, aiguës, acuminées, hérissées, et réunies.

La *sanicle d'Europe*, *sanicula Europæa*, assez commune dans les bois, a une saveur amère et austère, mêlée d'un peu d'âcreté, qui se fait surtout sentir dans l'arrière-gorge. On lui attribuait autrefois des vertus presque miraculeuses, et on la regardait comme une sorte de panacée universelle, ce qui lui a valu le nom qu'elle porte. C'était principalement comme vulnérant qu'on l'employait, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur. Aujourd'hui, on ne s'en sert plus. Elle fait l'un des principaux ingrédiens du vulnéraire suisse.

SANIE, s. f., *sanies;* matière liquide, d'un aspect sale, qui remplace le pus, et souvent alterne avec lui, à la surface des ulcères, à l'orifice des fistules. C'est, dit-on, du pus de mauvaise nature; cette assertion n'est pas exacte, car le pus des os est toujours sanieux, et n'est pas pour cela moins bien élaboré que celui du tissu cellulaire. Le mot sanie, étant très-vague, doit être rejeté.

SANTAL, s. m.; nom donné par les pharmaciens à trois sortes de bois qui nous viennent des Indes, et qu'on distingue, d'après leur couleur, en blanc, citrin et rouge.

Le *santal blanc*, qui est l'aubier du *santalum album*, arbre du royaume de Siam, ressemble beaucoup au bois de hêtre pour le grain. Il est en morceaux coupés sur leur longueur, assez pesant, et recouvert d'une écorce gris-noirâtre, un peu raboteuse. Le bois est d'un blanc jaunâtre. Il a une odeur faiblement aromatique. Sa saveur est presque nulle.

Le *santal citrin*, qui est le cœur du bois du même arbre, a un grain plus fin et une teinte jaunâtre plus décidée. Il est plus léger et plus cassant. Il a une odeur très-aromatique, mais presque point de saveur.

Le *santal rouge* est le cœur du bois du *pterocarpus santalinus*, arbre qui croît à la côte de Coromandel. Il nous arrive en morceaux plus ou moins gros, coupés sur la longueur du bois, dépourvus d'écorce, d'un beau rouge, d'une odeur aromatique assez marquée, et d'une saveur un peu résineuse.

Ces trois bois étaient regardés jadis comme de précieux alexipharmaques et cordiaux. On ne s'en sert presque plus aujourd'hui. Les deux premiers sont légèrement toniques, le rouge passe pour être en outre astringent.

SANTALINE, s. f.; substance colorante particulière, que Pelletier a découverte dans le bois de santal rouge. Elle est in-

soluble dans l'eau, très-soluble dans l'alcool, l'éther et les alcalis, insoluble dans les huiles fixes, soluble dans les huiles volatiles et l'acide acétique. L'acide sulfurique la décompose. L'acide nitrique la convertit en une matière résinoïde et en acide oxalique. Elle précipite la gélatine à la manière des substances astringentes.

SANTÉ, s. f., *sanitas*. On appelle ainsi l'exercice régulier et facile de toutes les fonctions de l'économie animale, l'harmonie entre les actions exécutées par tous les organes. Cette parfaite régularité est fort rare, et la santé, considérée dans un sens absolu, peut être mise au nombre des êtres de raison, car il y a toujours un ou plusieurs organes qui l'emportent sur les autres. Mais tant que cette prédominance ne devient pas excessive, les fonctions des parties voisines ou éloignées ne sont point troublées au point d'amener l'état de maladie, et le corps jouit d'une santé moyenne, qui est le bien le plus désirable, puisqu'on ne peut guère se flatter d'obtenir l'autre, réservé à un très-petit nombre d'êtres privilégiés.

SANTOLINE, s. f., *santolina*; genre de plantes de la syngénésie polygamie égale, L., et de la famille des corymbifères, J., qui a pour caractères : calice hémisphérique, imbriqué d'écailles oblongues, dentées et inégales; réceptacle garni de paillettes, et chargé de fleurons, tous uniformes et hermaphrodites; graines nues.

La seule espèce de ce genre dont on se serve en médecine, est la *citronelle*, *santolina chamæcyparissias*, qui croît dans les parties méridionales de l'Europe. Sa saveur très-amère et sa forte odeur annoncent en elle des propriétés toniques énergiques, auxquelles on n'a toutefois recours que très-rarement aujourd'hui, quoiqu'elle fût assez usitée chez les anciens.

SAPA, s. m., mot latin, conservé en français, dont on se sert pour désigner le moût de raisin, évaporé jusqu'à consistance sirupeuse.

SAPHÈNE, s. m. et f. et adj., *saphœnus*; nom donné par les anatomistes à deux nerfs et à deux veines.

Les *nerfs saphènes* sont aussi appelés *poplités*.

La *veine saphène interne*, ou *grande saphène*, née de la partie antérieure et interne de la fémorale, au dessous du ligament de Fallope, perce aussitôt l'aponévrose fascia-lata, et donne les honteuses externes, qui gagnent les parties génitales, ainsi que plusieurs rameaux sous-cutanés, qui remontent entre la peau et les muscles de l'abdomen. Elle se divise ensuite elle-même en deux branches, assez volumineuses l'une que l'autre. La première, placée entre la peau et le tissu adipeux sous-cutané, descend obliquement le long de la partie interne de la cuisse, en répandant des rameaux nombreux et

irréguliers à sa partie antérieure. Arrivée au condyle interne du genou, elle s'anastomose avec la seconde branche. Celle-ci, qui est la continuation du tronc, se trouve un peu en dedans de la précédente, et descend sous la peau, le long de la partie interne de la cuisse, à la face postérieure de laquelle elle envoie plusieurs rameaux. Parvenue au genou, elle passe sur la partie postérieure et interne du condyle interne du fémur, et gagne la partie supérieure du tibia; puis elle descend le long de la partie antérieure et interne de la jambe, et donne un grand nombre de branches qui se répandent sous les tégumens, où elles s'anastomosent avec celles de la saphène externe. A la partie inférieure de la jambe, la saphène passe au devant de la malléole interne, se porte sur le pied, et suit la partie interne du métatarse jusqu'aux orteils, en répandant des rameaux irréguliers sur le dos du pied. Non loin des orteils, elle fournit un rameau qui se porte dans la même direction, le long du gros orteil, auquel il se distribue; puis elle se recourbe en dehors, et s'anastomose avec la petite saphène, en formant une arcade dont la convexité, tournée en avant, donne un grand nombre de rameaux qui se répandent dans la peau de la face supérieure des orteils.

La *veine saphène externe*, ou *petite saphène*, se détache de la poplitée avant sa sortie du creux du jarret, descend verticalement à côté du nerf tibial, qu'elle abandonne bientôt pour passer entre les tégumens et la réunion des muscles jumeaux, jusque vers le tiers inférieur de la jambe, endroit où elle se détourne un peu en dehors, descend obliquement à côté du tendon d'Achille, passe au devant de la malléole externe, et se rend sur le pied, dont elle suit le bord externe; vers l'extrémité postérieure des os du métatarse, elle se recourbe de dehors en dedans pour s'anastomer en arcade avec la saphène interne.

SAPIDE, adj., *sapidus*; épithète donnée aux corps qui font naître l'impression d'une saveur, quand ils agissent sur l'organe du goût.

SAPIDITÉ, s. f., propriété qu'ont certains corps de faire naître la sensation d'une saveur lorsqu'ils sont mis en contact avec l'organe du goût.

C'est par abus qu'on admet cette propriété dans les corps, car elle dépend uniquement de la manière dont l'organisme reçoit l'impression qu'ils font sur lui; de sorte qu'à proprement parler elle réside dans l'organe du goût. De là vient que la sapidité n'est jamais absolue, mais toujours relative.

SAPIN, s. m. *abies*; genre de plantes de la monoécie monadelphie, L., et de la famille des conifères; qui a pour caractères distinctifs des pins et des mélèzes, ses cônes solitaires

et terminaux, formés par des écailles minces, régulières, imbriquées, et ses feuilles, solitaires, naissant toutes de différens points de la tige. Toutes les espèces de ce genre, parmi lesquelles figure le fameux cèdre du Liban, fournissent des produits résineux, liquides ou solides. C'est du *sapin commun*, *abies picea*, qu'on retire la térébenthine dite de Strasbourg. Le *baumier d'Amérique*, *abies balsamum*, donne le baume blanc du Canada, qui ne diffère point de la térébenthine ordinaire. Le *sapin pesse*, *abies excelsa*, donne la poix de Bourgogne. Les bourgeons ou jeunes pousses de tous ces arbres, passent pour diurétiques et sudorifiques. Certainement ils sont toniques, puisqu'ils communiquent une amertume très-prononcée à l'eau. On en prépare aussi une bière assez agréable, mais surtout très-salubre dans les voyages maritimes de long cours. Le liber du sapin pesse contient un principe muqueux nutritif, qu'on mêle quelquefois, dans le nord, avec la farine de seigle ou de sarrasin, pour en faire du pain.

SAPONAIRE, s. f., *saponaria;* genre de plantes de la décandrie digynie, L., et de la famille des caryophyllées, qui a pour caractères : calice persistant, tubuleux, nu à sa base, et découpé en cinq parties; cinq pétales, à onglets étroits, de la longueur du calice, à lames larges et obtuses; capsule uniloculaire, à cinq loges, s'ouvrant par le sommet, polysperme.

La *saponaire officinale*, *saponaria officinalis*, croît en Europe, dans les buissons et au bord des champs. Toutes ses parties ont une saveur douceâtre et légèrement amère. Lorsqu'on les fait bouillir dans de l'eau, elles communiquent à ce liquide la propriété de mousser comme l'eau de savon, par l'agitation, et de nettoyer le linge qu'on y lave. Cette propriété a fait employer la plante en médecine, où elle jouit depuis long-temps d'une grande réputation, et où elle a pris place parmi les fondans et les apéritifs. Son action émolliente la rend utile dans les irritations du canal alimentaire. Mais le vague qui règne dans les observations purement empiriques qui ont été recueillies sur elle jusqu'à présent, ne permet pas de déterminer, parmi les maladies innombrables contre lesquelles on l'a conseillée, celles dans lesquelles elle pourrait être plus particulièrement utile. Peut-être n'a-t-elle servi, dans beaucoup de cas, qu'en préservant les malades de préparations incendiaires, qui eussent exaspéré leur maladie. On la donne généralement à la dose de deux à quatre gros en décoction dans l'eau. Il est rare qu'on fasse usage du suc exprimé de la plante fraîche, ou de l'extrait aqueux que préparent les pharmaciens.

SAPONIFICATION, s. f., formation d'un savon.

On a été long-temps à n'avoir que des idées fort imparfaites

sur la théorie de la formation des savons. Les travaux importans de Chevreul et de Braconnot l'ont parfaitement éclaircie. On admet aujourd'hui que les alcalis et les oxides métalliques agissent sur les corps gras, huiles ou graisses, de manière à séparer leurs principes constituans, et à les réunir dans un autre ordre de composition tel, qu'il en résulte trois produits nouveaux, savoir : le principe doux des huiles et deux hydracides, l'acide élaïque et l'acide stéarique. Ainsi les savons sont de véritables sels, des élaates et des stéarates, auxquels se trouve mêlé le principe doux, quand le composé a été préparé à froid.

SARCOCÈLE, s. m., *sarcocele;* tumeur formée par le gonflement squirreux ou cancéreux du testicule. On a longtemps confondu, sous cette dénomination de simples indurations ou hépatisations de la substance testiculaire, ainsi que des épaississemens de la tunique VAGINALE, du SCROTUM, ou même du cordon des vaisseaux SPERMATIQUES. Maintenant encore, que le titre de sarcocèle est exclusivement appliqué aux affections cancéreuses du testicule, le diagnostic des tumeurs de ce genre étant souvent obscur, on est exposé à les méconnaître ou à prendre pour elles d'autres lésions des parties renfermées dans les bourses.

Quoi qu'il en soit, la maladie qui nous occupe doit être considérée comme la suite ou le résultat des inflammations du testicule, passées à l'état chronique. Il est excessivement rare qu'elle naisse spontanément, c'est-à-dire sans avoir été précédée de tous les phénomènes de la phlegmasie sanguine aiguë. Si l'on parcourt les auteurs, on trouve rapportés, au nombre des causes les plus fréquentes du sarcocèle, les contusions et les froissemens du testicule, les métastases réitérées de l'urétrite sur cet organe, l'excès des plaisirs vénériens, et une foule d'autres circonstances analogues. Les partisans de l'essentialité du cancer assurent qu'il y a une grande disproportion entre la faiblesse d'un grand nombre de ces causes, et les suites funestes qu'elles entraînent; mais qui ne sait combien les phlegmasies chroniques et les transformations des tissus sont faciles à se développer chez certains sujets? qui tiendra compte alors des effets du traitement excitant interne et externe, ordinairement mis en usage, précisément à l'époque où la maladie, commençant à diminuer d'intensité, a le plus de tendance à se perpétuer sous la forme chronique et à désorganiser les parties?

Le sarcocèle est moins fréquent chez l'homme, que le cancer des mamelles chez la femme. On ne l'observe jamais chez les enfans, bien qu'ils soient cependant exposés aux engorgemens scrofuleux du testicule. La marche de cette affection est

aussi variable que les modifications nombreuses produites par l'irritation dans les parties qu'elle envahit.

Presque toujours, elle ne consiste primitivement qu'en un simple engorgement chronique du testicule. Alors la tumeur subsiste pendant un temps plus ou moins long sans gêner le malade autrement que par son poids; puis elle prend tout à coup de l'accroissement, devient le siége de douleurs, d'abord passagères et peu durables, puis de plus en plus vives et persistantes, enfin d'élancemens douloureux qui la traversent dans toutes les directions. Un froissement nouveau, une chute, de violens efforts, des excès de table ou de plaisirs vénériens, telles sont les causes ordinaires de ces augmentations subites de l'intensité des phénomènes morbides. La forme du testicule, jusque là conservée, s'altère par gradation; cet organe se transforme en une masse irrégulière, bosselée, ordinairement plus grosse en haut qu'en bas, et présentant à la partie antérieure de sa base une saillie très-marquée. Cette tumeur occasione un sentiment continuel de malaise; des tiraillemens et des élancemens se font sentir dans les lombes et le long du cordon des vaisseaux spermatiques; elle est moins douloureuse à la pression qu'après que cette action a été exercée. A mesure que la dégénérescence fait des progrès, le cordon des vaisseaux spermatiques s'engorge, se durcit, s'altère; des nodosités, puis des tumeurs considérables s'y font sentir, et s'étendent successivement, de bas en haut, jusque dans la cavité abdominale. La peau du scrotum est tendue sur la tumeur; les veines sous-cutanées se dilatent, et une chaleur vive se manifeste dans toute la partie. Après un temps plus ou moins long, les tégumens participent à l'irritation; ils contractent des adhérences avec le sommet des bosselures du testicule, puis s'enflamment, s'ulcèrent, et deviennent le siége d'une érosi on à bords renversés, d'un aspect hideux, d'où s'écoule une sanie ichoreuse, et dont le fond se couvre souvent de végétations de mauvaise nature.

Malgré le peu de violence des symptômes, le peu de volume et l'isolement de la partie affectée, le sarcocèle entraîne des désordres sympathiques très-graves. L'irritation remontant le long des vaisseaux lymphatiques et des nerfs du cordon, détermine l'engorgement des ganglions iliaques et lombaires, et la formation, dans ces régions, de tumeurs volumineuses qui suffiraient seules pour entraîner la perte des malades. Ces tumeurs naissent dans les mêmes circonstances et de la même manière que les engorgemens de l'aisselle à la suite du cancer du sein, ou que tous les gonflemens ganglionnaires des régions auxquelles se rendent les vaisseaux lymphatiques des organes depuis long-temps irrités. Après un cer-

tain temps, la présence du sarcocèle détermine un désordre profond dans les mouvemens vitaux : une fièvre lente, avec redoublement le soir, se manifeste; la peau devient sèche et pâle, le teint plombé; l'appétit cesse de se faire sentir, la digestion devient laborieuse, la maigreur fait des progrès; enfin, le marasme se déclare, et la mort survient, précédée de douleurs continuelles et insupportables, de diarrhée colliquative, et de tous les signes de cette altération des tissus, à laquelle on a donné le nom de cachexie cancéreuse.

Bien que, chez le plus grand nombre des sujets, la maladie débute, comme nous venons de le voir, par le corps même du testicule et de là s'étende à l'épididyme et au cordon des vaisseaux spermatiques, il n'est cependant pas très-rare de la voir commencer par l'une ou l'autre de ces dernières parties, et se propager ensuite à l'organe sécréteur du sperme. Il est à remarquer que lorsque l'épididyme est affecté, il se confond promptement avec le reste de la tumeur, de manière à ne pouvoir plus en être distingué. Le volume du sarcocèle est très-variable. Quelquefois le testicule dégénéré conserve ses dimensions normales; Boyer cite même des cas où il avait diminué de grosseur en s'endurcissant, et avait acquis la forme d'une grosse noix. Mais, dans les cas les plus nombreux, l'organe acquiert un volume beaucoup plus grand que celui qui lui est ordinaire, sans cependant que ses dimensions deviennent jamais énorme. Les tumeurs de trente, quarante ou soixante livres, décrites par les auteurs sous le nom de sarcocèle n'étaient que des engorgemens et des dégénérescences éléphantiasiques des tégumens et du tissu cellulaire du scrotum. Les sarcocèles les plus volumineux dépassent rarement le volume des deux poings réunis. La pesanteur du testicule cancéreux est ordinairement augmentée. Chez la plupart des sujets, la tumeur, soulevée par la main, rappelle la sensation que l'on éprouverait en pesant une masse de plomb ou de toute autre substance analogue. Cependant ce phénomène n'est pas si constant qu'il n'éprouve de grandes variations, et l'on cite des cas où le testicule, transformé en une masse gélatineuse, n'avait pas un poids supérieur à celui d'un hydrocèle d'égale dimension.

L'ordre suivant lequel se développent les symptômes du sarcocèle, et la marche de cette maladie, ne sont pas susceptibles de variétés moins grandes que les caractères physiques qu'elle imprime à l'organe affecté. Ainsi, le testicule demeure assez souvent, pendant plusieurs années, dur, squirreux, très-pesant, et en même temps indolent, sans occasioner d'autre gêne que celle qui résulte de son poids. Chez certains sujets, au contraire, à peine les symptômes de la phlegmasie aiguë sont-ils dissipés, que le testicule resté engorgé présente les

phénomènes de la dégénérescence cancéreuse. Dans quelques occasions, heureusement assez rares, l'irritation se propage avec une extrême rapidité à toutes les parties du scrotum, les enflamme et y détermine en peu de temps un ulcère désorganisateur et fongueux. La plupart des sujets atteints de sarcocèle sont tourmentés de douleurs lancinantes souvent intolérables, et qui sollicitent en quelque sorte l'application des narcotiques les plus puissans; tandis que d'autres n'éprouvent que des élancemens peu incommodes, ou même ne ressentent aucune souffrance. Les douleurs tantôt naissent du testicule, tantôt se font sentir dans les lombes avant que l'organe principal semble encore profondément altéré. L'époque à laquelle le cordon des vaisseaux spermatiques s'engorge n'est pas moins variable. Quelquefois, cette complication se manifeste au début de la maladie; chez d'autres sujets, au contraire, elle n'est que la suite d'une dégénérescence déjà ancienne et portée très-loin. Ce dernier cas est beaucoup plus fréquent que l'autre. L'engorgement du cordon se borne, dans certaines circonstances, à la partie la plus voisine de l'organe; mais il s'étend plus fréquemment jusqu'au voisinage de l'anneau inguinal, ou même dans l'intérieur du ventre. Dans des cas, heureusement peu nombreux, la partie inférieure de cet organe reste saine, quoiqu'on sente plus haut, à travers les parois abdominales, des tumeurs dures et squirreuses sur son trajet. Boyer cite comme une circonstance très-fâcheuse la dilatation, même isolée, du canal déférent, et assure que tous les sujets sur lesquels il l'a rencontrée, et qui ont été opérés, sont morts ensuite d'affections cancéreuses consécutives. Enfin, l'altération de la nutrition, la fièvre, la maigreur, et les autres effets sympathiques de la désorganisation du testicule, se manifestent plus ou moins promptement, suivant que le malade est déjà disposé ou non à les éprouver, et que sa constitution se rapproche plus ou moins de celle qui caractérise le tempérament lymphatique et nerveux.

Parmi les complications du sarcocèle, une des plus fréquentes et des plus propres à jeter de l'obscurité sur le diagnostic, est l'accumulation d'un liquide séreux ou sanguin dans la cavité de la tunique vaginale. Cette espèce d'hydropisie dépend de l'irritation propagée de l'organe glanduleux à la membrane séreuse qui l'enveloppe; elle est analogue à celle que déterminent dans la cavité abdominale les inflamations chroniques du foie, de la rate, des intestins. On a donné à la maladie, ainsi compliquée, le nom d'hydro-sarcocèle; mais celui de sarco-hydrocèle lui convient mieux, parce que l'affection du testicule et le sarcocèle en constituent la lésion primitive. Quant aux altérations que subit la substance du testicule elle-

même, elle présente les caractères les plus variés. Tantôt l'organe est séparé par des cloisons membraneuses en un grand nombre de loges qui contiennent ou de la sérosité, ou du pus, ou une matière sanieuse analogue à la lie de vin, ou une sorte de mucosité épaisse et gluante; quelquefois ces collections se prononcent à l'extérieur, et peuvent faire croire à l'existence d'un abcès enkysté de la substance testiculaire. La tunique vaginale est souvent adhérente à l'organe qu'elle entoure. Le testicule présente ordinairement une matière squirreuse d'un blanc grisâtre, homogène et plus ou moins solide. Quelquefois le tissu fibreux y domine; il n'est pas rare d'y rencontrer des transformations cartilagineuses et même des points osseux. Dans beaucoup de cas, on rencontre le tissu cérébriforme ou cette substance pultacée rougeâtre, nommée fongus médullaire par les chirurgiens anglais. Assez souvent plusieurs de ces formes d'altération sont combinées et confondues entre elles encore comme si elles naissaient les unes des autres, et ne constituaient que des degrés différens d'un même travail pathologique qui produit dans son cours toutes les formes de dégénérescence dont les tissus vivans sont susceptibles.

Le sarcocèle avancé se distingue aisément des autres tumeurs dont le scrotum peut être le siége, à sa pesanteur, à sa forme, à sa dureté, aux douleurs dont il est le siége, et aux circonstances commémoratives, déduites de son ancienneté, des causes qui ont déterminé sa formation, et de la succession de ses progrès. Le chirurgien exercé ne le confondra jamais par conséquent avec l'HYDROCÈLE simple, l'HÉMATOCÉLE, la hernie INGUINALE oschéocèle. Dans les cas mêmes où la présence dans la tumeur vaginale d'un liquide séreux ou sanguinolent rend le diagnostic incertain, la pesanteur totale de la tumeur est plus grande que si le sarcocèle n'existait pas; en pressant la partie avec les doigts d'avant en arrière, on parvient souvent à refouler le liquide sur les côtés, et à sentir le corps endurci du testicule; en arrière, on touche celui-ci plus facilement encore. Lorsque le liquide contenu dans la tunique vaginale est transparent, la tumeur examinée entre une lumière vive et l'œil, laisse voir le testicule gonflé qui en occupe la plus grande partie; enfin, dans le cas douteux, une opération étant indispensable, il faut commencer par pratiquer la ponction, et si aucun liquide ne s'écoule, recourir aussitôt à l'ablation de l'organe. Quant aux épaississemens de la tunique vaginale et aux altérations du tissu cellulaire et de la peau du scrotum, il est facile, avec de l'attention, de les distinguer de la dégénérescence du testicule. La fongosité et le cancer de la tunique albuginée sont au contraire presque impossibles à reconnaître; mais ces lésions, exigeant presque toujours, comme le sarcocèle lui-même, l'abla-

tion de l'organe, ce point de diagnostic est assez indifférent à établir. *Voyez* TESTICULE.

Autant il importerait de distinguer par l'examen extérieur les degrés divers, et la nature des dégénérescences dont le testicule tuméfié peut-être atteint, autant l'art est, sous ce point de vue, incertain dans sa marche. Les seuls signes de l'existence de l'altération cancéreuse se déduisent des douleurs que le sujet éprouve, de l'altération survenue dans la couleur de la peau, de la maigreur, et de la présence des tumeurs secondaires dans l'abdomen; mais alors, il est presque toujours trop tard pour opposer aucun traitement efficace à la maladie, et même pour tenter l'opération avec quelque probabilité de succès. Il faut donc s'en rapporter alors aux données approximatives qui résultent de l'ancienneté de la maladie, des phénomènes qui l'accompagnent, du degré de dureté et des inégalités de la tumeur.

Le pronostic du cancer du testicule est d'autant plus grave que la maladie est plus ancienne, que le cordon des vaisseaux spermatiques est affecté plus haut, que la constitution du sujet est plus altérée, enfin, que le ventre paraît plus disposé à devenir le siége d'engorgemens qui reproduiront le mal.

L'opinion, généralement admise que le sarcocèle est, de sa nature, incurable, et nécessite absolument l'ablation prompte du testicule, est une des erreurs médicales qui ont entraîné les conséquences les plns graves, et fait le plus grand nombre de victimes. Il est actuellement démontré, et nous en avons été plusieurs fois témoins, que des tumeurs du testicule, que tout faisait présumer de nature cancéreuse, ont été guéries par un traitement rationnel, alors encore qu'il existait déjà des douleurs lancinantes, et un engorgement commençant au cordon des vaisseaux spermatiques. Autant certains praticiens se hâtent, dans leur aveuglement, de pratiquer la castration, autant la saine raison et les théories les plus judicieuses conseillent de temporiser et de chercher à prévenir la nécessité d'une aussi grave mutilation.

Parmi les moyens qui ont été conseillés contre le sarcocèle, les applications narcotiques, les fondans à l'intérieur, les préparations mercurielles, administrées jusqu'à produire la salivation, ne méritent aucune confiance. Pour quelques guérisons, obtenues à l'aide de ces médicamens, il serait facile de citer une foule de cas où elles ont non-seulement échoué, mais encore produit des résultats défavorables, et compliqué la maladie principale d'irritations graves des viscères. Les saignées locales, opérées avec des sangsues, placées tantôt sur le cordon testiculaire, tantôt sur le testicule lui-même en assez petit nombre pour permettre d'y revenir tous les deux ou trois jours, constituent le moyen le plus assuré de dissiper les engorgemens chroniques

des testicules. Il faut absolument ajouter alors aux sangsues le régime sévère, le repos au lit, les cataplasmes émolliens continués sur la tumeur, les bains, les boissons émollientes et des lavemens ou de doux laxatifs, afin d'entretenir la liberté du ventre. Gama emploie généralement cette méthode de traitement, et il est presque sans exemple que les sarcocèles dont les militaires sont si souvent affectés, aient résisté à son usage. Lorsque les testicules diminuent de volume, et que l'irritation s'y éteint, on hâte souvent la guérison en irritant le canal intestinal à l'aide de quelques purgatifs, lorsque l'état des viscères le permet. Ce n'est qu'après avoir reconnu l'inutilité de ces moyens, et lorsque, malgré leur emploi persévérant, la maladie continue de faire des progrès, que l'opération est proposable et doit être pratiquée.

Le degré d'altération et d'accroissement de volume du testicule n'apporte jamais d'obstacle à la castration; mais l'état du cordon des vaisseaux spermatiques, celui du ventre et l'aspect général du sujet, méritent alors un sérieux examen; l'engorgement dur et squirreux du cordon testiculaire, lorsqu'il est prolongé jusqu'au dessus de l'anneau, de manière à ne pas permettre de couper les tissus et de lier les vaisseaux dans des parties saines, apporte un obstacle invincible à l'opération. Le Dran osa bien poursuivre une tumeur de ce genre jusque dans le ventre, en fendant le canal inguinal, de manière à couper le cordon dans la fosse iliaque; mais le sujet ne survécut point à cette opération, qu'il serait téméraire de tenter de nouveau. Il est bien entendu que l'on ne doit confondre avec le squirre du cordon ni la dilatation variqueuse des veines qui entrent dans sa composition, ni l'œdème du tissu cellulaire qui réunit ces diverses parties, ni le développement d'hydrocèles enkystées dans son épaisseur, ni enfin l'hypertrophie de sa substance. Toutes ces lésions peuvent bien rendre l'opération plus laborieuse, mais elles ne s'opposent pas au succès que l'on en doit attendre, et, par conséquent, ne doivent jamais arrêter le chirurgien.

Il importe beaucoup, avant d'entreprendre l'extirpation du testicule devenu squirreux, d'explorer exactement toutes les parties de l'abdomen, et surtout ses régions iliaque et lombaire. Lorsqu'il y existe des points d'engorgement, la prudence conseille de s'abstenir d'une opération, après laquelle on voit presque toujours l'altération intérieure faire des progrès plus rapides, et entraîner la perte du malade. On doit donc se borner alors aux adoucissans, aux antiphlogistiques et aux saignées locales, moyens susceptibles, ou de ralentir la marche de la maladie, ou même de procurer la résolution des umeurs.

La nécessité de l'opération, et la possibilité de l'exécuter étant reconnues, il convient presque toujours d'y recourir le plus promptement possible, afin d'éviter que la maladie fasse d'autres progrès, que des parties nouvelles s'affectent sympathiquement, et surtout que l'organisme ne contracte, sous l'influence du cancer local, un nouveau degré d'altération. *Voyez* CASTRATION.

SARCOCOLLE, s. f. *sarcocolla;* substance gommo-sucrée, qui découle particulièrement du *penaea sarcocolla*, petit arbrisseau de cap de Bonne-Espérance. Elle est en petits grains irréguliers et inégaux, dont la grosseur varie depuis celle d'une tête d'épingle, jusqu'à celle d'un pois au plus. Ces grains sont anguleux, et les uns rouges, les autres jaunes, avec toutes les nuances intermédiaires. Ils sont en général demi-transparens, quelquefois opaques ou tout à fait pellucides; ils n'ont pas d'odeur sensible, mais possèdent une saveur âcre et chaude, et excitent la sécrétion salivaire. Les anciens paraissent avoir employé la sarcocolle à l'intérieur comme purgatif; mais son âcreté annonce qu'elle doit prendre place parmi les drastiques, et qu'il ne faudrait l'administrer qu'avec la plus grande circonspection, comme l'euphorbe, sur la même ligne de laquelle elle peut être rangée. On peut la substituer à la sabine et à la rue pour ronger les chairs baveuses, car elle est bien plus active qu'elles; cependant on n'en fait presque point usage.

SARCOCOLLINE, s. f.; principe immédiat des végétaux, qui est propre à la sarcocolle, dont il forme environ les deux tiers, et auquel Thomson donne pour caractères d'être insoluble, incristallisable, d'apparence gommeuse, d'une couleur brune, cassant, soluble dans l'eau et l'alcool, et doué d'une saveur sucrée suivie d'amertume.

SARCOME, s. m., *sarcoma;* expression vague qu'on doit bannir du langage médical, parce qu'elle n'offre aucune idée précise à l'esprit. On s'en est servi pour désigner tantôt des loupes de consistance ferme et comme charnue, tantôt de véritables cancers.

SARDONIQUE, ad., *sardonicus*. Le nom de *rire sardonique* a été donné à un spasme convulsif des muscles des lèvres et des joues, qui donne à la face l'expression d'un ris effrayant qu'on a regardé comme un des signes de l'inflammation du diaphragme, et qui paraît accompagner souvent les phlegmasies de l'estomac.

SARRIETTE, s. f., *satureia;* genre de plantes de la didynamie gymnospermie, L., et de la famille des labiées, J., qui a pour caractères: calice tubulé, strié; corolle tubuleuse, bilabiée, à lèvre supérieure droite, obtuse et légèrement échan-

crée, à lèvre inférieure ouverte, et partagée en trois lobes obtus presque égaux.

La *sarriette des jardins*, *satureia hortensis*, qui croît naturellement dans le midi de l'Europe, passait jadis pour stomachique, carminative, vermifuge et antispasmodique. Son arome annonce qu'elle doit jouir des mêmes propriétés que toutes les labiées aromatiques. Cependant les médecins n'en font aucun usage, et ils l'ont abandonnée aux cuisiniers qui l'emploient souvent à titre d'assaisonnement.

SASSAFRAS, s. m., *laurus sassafras*; espèce de laurier qui croît dans l'Amérique septentrionale, et dont on emploie en médecine le bois de la racine ou du voisinage des racines. Sous une écorce assez épaisse, graveleuse, ferrugineuse et parsemée de tubercules noirâtres, se trouve le bois, qui est grisâtre, peu compacte et marqué de veines concentriques. Son odeur est aromatique, et sa saveur presque nulle. On préfère celui qui vient des provinces méridionales de l'Union, parce qu'il a un arome bien prononcé.

Le sassafras complète, avec la salsepareille, le gayac et la squine, la série des bois sudorifiques. Il passe pour être inférieur à ceux-ci, ce qui n'est probablement pas exact, si l'on prend en considération son odeur bien prononcée, et l'huile volatile aromatique et pesante qu'il fournit par la distillation. On l'emploie en décoction depuis deux gros ou une demi-once jusqu'à une once ou deux par pinte d'eau, mais il est rare qu'on le prescrive seul. Mérat fait observer que la décoction lui ôte une grande partie de son action en faisant évaporer son arome, et qu'on doit avoir recours à l'infusion longtemps prolongée, si l'on ne veut avoir un médicament inerte et insipide.

SATURATION, s. f., *saturatio*. Les chimistes expriment, par ce mot, l'équilibre des forces entre deux corps mis en présence l'un de l'autre. Ainsi on dit que l'eau est saturée de sel quand elle n'en peut plus dissoudre. La saturation diffère beaucoup de la neutralité, qui a lieu quand la combinaison des deux corps est assez intime pour que l'un des deux ne domine pas sur l'autre.

SATYRIASIS, s. m., *satyriasis*, *satyriasmos*, *tentigo*. Hippocrate donnait le nom de *satyriasme* aux tumeurs glandulaires oblongues, situées près des oreilles, qu'on observe chez les enfans, tumeurs qui les font ressembler jusqu'à un certain point aux satyres que l'on représente ayant des oreilles grandes et saillantes. On a désigné par la suite, sous le nom de *satyriasis*, cet état dans lequel on éprouve de violentes érections permanentes ou incessamment répétées de la verge, avec désir ardent et insatiable du coït et possibilité de le répéter un

grand nombre de fois. Le satyriasis diffère du priapisme précisément à cause de ce désir, et de l'aptitude au coït, qui n'ont pas lieu dans le priapisme; aussi Sauvages avait-il rangé celui-ci parmi les spasmes, et le satyriasis, au nombre des morosités.

Il est des hommes chez lesquels le penchant au coït est un besoin non-seulement irrésistible, mais encore sans cesse renaissant, au point que fort souvent il leur est impossible de penser et de s'occuper à toute autre chose. Le même phénomène s'observe quelquefois jusque chez les enfans, et notamment chez ceux dont les organes génitaux sont très-prématurément développés. Chez ces enfans, la masturbation se développe même sans que l'exemple leur en soit donné; chez d'autres, l'érection et le désir, encore mal défini, sont l'effet d'une irritation habituelle des tégumens de la verge, du scrotum ou de la membrane mucoso-cutanée du gland, siége d'une dartre ou de toute autre inflammation chronique. Dans ce cas, la masturbation est encore le résultat ordinaire de ces conditions organiques. La masturbation est à son tour une autre cause très-puissante du satyriasis; elle satisfait momentanément le besoin, mais elle le rend plus fréquent, et cela, chose remarquable, d'autant plus fréquent que la verge devient de moins en moins susceptible d'érection.

L'irritation, l'inflammation du gland, de l'urètre, l'excès de continence et la masturbation habituelle, sont autant de causes du satyriasis chez l'adulte; mais alors elles sont corroborées par l'habitude de se livrer à des pensées libidineuses, par la vue des nudités, des peintures, des sculptures non drapées, par les conversations et les lectures érotiques; ces causes sont si puissantes, qu'à défaut des deux premières, elles provoquent le satyriasis; mais, dans tous les cas dont nous venons de parler, il est modéré ou du moins tolérable; il n'est très-intense que par intervalles généralement éloignés, et le coït le calme au moins pour quelque temps. Il est un autre cas plus fâcheux, c'est celui qu'Arétée a désigné particulièrement sous le nom de *satyriasis*. Suivant lui, c'est une maladie aiguë qui fait périr le sujet en sept jours. Le sujet présente une ressemblance frappante avec les satyres; le pouls bat avec violence et précipitation; en vain le malheureux répète le coït, il n'en éprouve aucun soulagement; l'érection continue, elle est douloureuse; les crémasters se contractent avec une telle violence, que les testicules, fortement appliqués contre les anneaux, font éprouver des élancemens très-vifs et très-douloureux, souvent même insupportables; les parties génitales sont couvertes de sueur; elles sont rouges, chaudes, souvent enflammées; la face est animée, l'œil ardent; le sujet fléchit le tronc sur le bassin afin

de diminuer les douleurs qu'il ressent dans les testicules; il est triste d'abord; mais si le mal s'exaspère au lieu de se calmer, il devient furieux, sa passion ne connaît plus de frein; il profère des paroles obscènes, lâche des vents; il provoque au coït toutes les femmes dont il peut approcher, ou bien il se masturbe avec acharnement; le délire survient; la soif est excessive, les lèvres sont sèches ou écumantes; le vomissement se manifeste, une odeur forte et fétide s'exhale de sa peau; l'urine cesse d'abord de couler, puis elle coule blanche et épaisse; les excrémens sont expulsés; de la démangeaison se fait sentir au thorax aux aisselles; il n'y a pas d'appétit; l'idée de manger rebute le malade; mais s'il saisit enfin des alimens, il les dévore avec avidité. Si la mort n'arrive pas rapidement, il survient de l'enflure, le visage se boursoufle, les muscles entrent en contraction permanente, le pouls devient petit, faible et irrégulier. Parfois la maladie cesse après une diarrhée ou un vomissement. Arétée dit que cette maladie attaque principalement les jeunes gens portés aux plaisirs de l'amour, et qu'elle les fait périr en sept jours. Buffon a rapporté très au long le délire satyriasique éprouvé par un homme que des motifs religieux et une volonté très-énergique retenaient dans la continence.

Le satyriasis que nous venons de décrire est fort rare; nous ne l'avons pas observé. Il est plus commun de rencontrer des hommes d'un tempérament très-ardent qui, même dans un âge avancé, se livrent avec une insatiable avidité aux plaisirs sexuels. On s'accorde à penser que cette disposition provient de l'organisation, et qu'elle est seulement fortifiée par toutes les circonstances qui peuvent porter à penser habituellement au coït. Gall croit que ce penchant si prononcé pour le coït dépend d'un développement relatif très-considérable du cervelet. On objecte à cette opinion que des hommes remarquables par leur goût effréné pour le coït, et leur vigueur en ce genre, ont la région sus-cérébelleuse peu développée, dans quelque direction que ce soit, et que des animaux, tels que les batraciens, qui éprouvent dans le coït une sorte d'extase telle, qu'à peine sentent-ils qu'on leur coupe les pattes, ont, pour tout cervelet, une petite languette nerveuse à peine visible. Nous ajouterons qu'il est des hommes doués d'un appétit vénérien sans cesse renaissant et de très-peu de pouvoir de l'assouvir. Le cervelet est-il chez eux le siége de ces deux états contradictoires?

Cheyne a vu trois fois le satyriase chronique chez des vieillards infirmes, faibles, digérant mal, hypocondriaques, flatulens: les phénomènes avaient lieu la nuit; les sujets éprouvaient une vive irritation, une forte inflammation, une érection douloureuse de la verge, comme si on la leur eût arrachée. Les

malades, chez lesquels Cheyne a observé ces phénomènes, n'éprouvaient aucun désir de se livrer au coït. Nous avons observé des faits de ce genre chez des adultes encore jeunes; mais, au commencement et à la fin de chaque accès, le désir vénérien se faisait sentir; il ne cessait que dans le moment où l'érection allait jusqu'à la douleur, autrement ce n'eût été qu'un priapisme, et la maladie dont parle Cheyne ne nous paraît pas être autre chose.

L'usage intérieur des substances qui irritent la vessie, et les cantharides ne sont pas seules dans ce cas, produit parfois un satyriasis très-intense, témoin l'homme dont parle Cabrol, et qui se livra plus de soixante fois au coït, et mourut peu après.

Par quels moyens peut-on espérer anéantir ou du moins refréner le penchant vénérien quand il dépasse les bornes ordinaires? Outre l'éloignement des femmes et de tout objet, de toute lecture, de toute conversation susceptible d'en rappeler l'idée, il faut prescrire un travail opiniâtre et fatigant, tel que le jardinage ou la marche, et de plus un régime sévère tout végétal et réfrigérant; mais ce ne sont là que des palliatifs. Il n'y a pas de moyens de guérison en ce genre, à moins d'exténuer le sujet par des saignées, habituellement répéter ce qu'on appelait autrefois *minuere monachum*. L'eau distillée cohobée trois fois de laurier-cerise, et les boissons dans lesquelles on la fait entrer, passent pour calmer l'excitabilité génitale.

Quand le satyriasis est au plus haut degré, accompagné de délire érotique, de fureur, il ne faut pas hésiter à saigner largement, plonger les pieds du sujet dans l'eau chaude, appliquer de la glace sur la région lombaire et sur la partie antérieure de l'abdomen, prescrire en même temps la diète la plus sévère et les boissons à la glace.

Nous sommes porté à croire que le satyriasis décrit par Arétée était un délire érotique causé par quelque aphrodisiaque, tel que les cantharides, et connu sous le nom de philtre. Ce n'est que par là qu'on peut expliquer la rareté de cette maladie aujourd'hui, et sa fréquence dans le temps où cet auteur écrivait. On ne peut non plus expliquer autrement la mortalité en sept jours, qui, de notre temps, n'a été observée qu'à la suite de breuvages incendiaires donnés ou pris dans l'intention d'accroître l'aptitude au coït.

Les sujets disposés au satyriasis par leur organisation finissent par se livrer à toutes sortes d'actes de libertinage, et cet objet est un de ceux sur lesquels le médecin peut être consulté par les tribunaux. Quel que soit notre respect pour la liberté individuelle, nous pensons que l'homme de l'art peut, en pareil cas, opiner en qualité d'expert pour la nécessité de placer le sujet dans une maison d'aliénés, à temps ou à perpétuité,

selon que la tendance est plus ou moins irrésistible par le vice d'une volonté mal dirigée, lorsque surtout ce penchant dépravé porte le sujet à commettre des attentats à la pudeur, à la sûreté et, à plus forte raison, à la vie d'autrui. Lorsque, par suite d'un penchant sanguinaire combiné au besoin vénérien le plus effréné, des actes de cruauté sont commis par un homme en proie à ce besoin, la mort doit-elle être appliquée, doit-on le traiter comme tout autre homme qui se serait livré par une autre intention quelconque à ce crime? Indépendamment de la question relative à la peine de mort considérée en principe, nous pensons qu'elle doit être appliquée au libertin qui tue ou essaie de tuer pour assouvir ses goûts horribles, puisqu'il est évident qu'il a été meurtrier pour son intérêt personnel; c'est donc à tort que, dans ces derniers temps, on a soutenu une opinion différente à l'occasion d'un procès trop fameux.

SAUGE, *salvia;* genre de plantes de la décandrie monogynie, L., et de la famille des labiées, J., qui a pour caractères: calice campaniforme, strié, à deux lèvres, dont la supérieure tridentée et l'inférieure bifide; corolle à tube large près de l'entrée, à limbe bilabié, à lèvre supérieure voûtée et échancrée, à lèvre inférieure partagée en trois lobes, dont le moyen est grand et obrond; filets des étamines pédiculés, articulés en travers, versatiles, portant d'un côté une anthère fertile, et de l'autre une anthère avortée.

La *sauge officinale*, *salvia officinalis*, sous-arbrisseau indigène dans le midi de l'Europe, exhale une odeur forte et pénétrante; sa saveur est chaude, amère et piquante; le sulfate de fer noircit son infusion aqueuse. Elle donne une grande quantité d'une huile volatile verte, dont Proust a retiré 0,125 de camphre. C'est une des labiées aromatiques qui possèdent au plus haut degré la propriété stimulante; elle active les fonctions de l'estomac, accélère le pouls, développe la chaleur, et augmente la perspiration cutanée. On l'a conseillée dans une foule d'affections, et son histoire, comme celle de tous les médicamens, est surchargée d'exagérations plus ou moins ridicules; elle tient un rang distingué parmi les stimulans, et convient ou se trouve contre-indiquée dans les mêmes cas que toutes les substances qui possèdent cette vertu. On l'administre généralement infusée dans l'eau ou le vin, à la dose d'une ou deux pincées par pinte de liquide. Il est rare qu'on la prescrive en poudre, à celle d'un scrupule à un demi-gros. La dose de la teinture alcoolique est d'un demi-gros à deux gros, et celle de l'huile essentielle de deux à dix gouttes.

SAULE, s. m., *salix;* genre de plantes de la diœcie diandrie, L., et de la famille des salicinées, J., qui a pour caractères: châtons cylindriques, composés d'écailles dont chacune

recouvre deux étamines et une glande nectarifère, dans les pieds mâles; un ovaire à style bifide, dans les pieds femelles, devenant une capsule uniloculaire, bivalve, polysperme.

Commun dans les prairies, où il produit un effet pittoresque, le *saule blanc*, *salix alba*, possède, dans toutes ses parties, une amertume mêlée à quelque chose d'aromatique, qu'on a remarquée en tous temps, et qui est surtout très-prononcée dans l'écorce; aussi cette dernière a-t-elle été considérée, et avec raison, comme l'un des plus puissans toniques indigènes. Une foule de médecins l'ont employée avec succès pour combattre des fièvres intermittentes de tous les types. C'est de toutes les écorces d'Europe, celle qui se rapproche le plus du quinquina par ses propriétés. On doit la recueillir sur les branches de trois ou quatre ans. Elle s'administre en poudre, depuis un scrupule jusqu'à un gros et plus, ou en décoction à la dose d'une demi-once à deux onces par pinte de liquide. On peut aussi en préparer une infusion vineuse, et un extrait dont on fait prendre depuis dix-huit grains jusqu'à un demi-gros.

SAUT, s. m., *saltus;* action de s'élever directement à une certaine distance, ou de franchir un certain espace en décrivant une courbe parabolique.

Pour produire ce mouvement brusque et général du corps, on fléchit toutes les articulations qu'il offre sur sa longueur, la tête sur le cou, l'épine du dos sur le bassin, le bassin sur la cuisse, la cuisse sur la jambe, la jambe sur le pied, enfin le pied lui-même sur les orteils, en n'appuyant pas le talon sur le sol, et, à cette flexion, on fait succéder une extension subite, qui détache le corps du sol, et lui imprime un mouvement de projection en haut.

Les physiologistes n'ont pas tous expliqué le mécanisme du saut de la même manière. Borelli, comparant le corps fléchi sur lui-même à un ressort qui se détend, voyait dans les muscles fléchisseurs l'analogue de la puissance compressive du ressort, dans les extenseurs celui de sa force élastique, dans le sol l'obstacle qui retient une des extrémités et fait réfléchir tout le mouvement sur l'autre, c'est-à-dire sur la tête du fémur, enfin, dans le tronc qui repose sur cette éminence osseuse le projectile inerte auquel le ressort communique une impulsion plus ou moins grande de bas en haut. D'après cette théorie, le corps est comparé à une verge métallique qui, appuyée et comprimée sur la terre, s'en détache et rebondit aussitôt qu'on l'abandonne à elle-même. Barthez, au contraire, faisait dépendre le saut du concours d'action des extenseurs des deux articulations de la jambe, qui sont disposées en sens alternatifs, et de ce que les extenseurs de ces deux jointures impriment à l'os intermédiaire, le tibia, des mouve-

mens de projection autour de leur centre, qui le déterminent à tourner, par ses extrémités, autour d'un centre variable, de sorte que, ne se mouvant plus autour d'un point fixe, il peut suivre le mouvement qui résulte de ceux qui lui ont été imprimés, et se détacher ainsi du sol. Dans cette hypothèse, le saut ne dépend pas uniquement de la résistance du sol, comme dans celle de Borelli, mais une force centrifuge agit sur le tronc au moment où la moitié supérieure du corps, consécutivement à l'extension de ses articulations, roule sur les têtes des fémurs, et un mouvement de projection lui est aussi imprimé au moment où le jeu des articulations du genou et du talon vient changer le point d'appui sur lequel se faisait préalablement son mouvement. Les bras, quoique ne faisant pas partie du levier vertical, ne sont cependant point inactifs dans la production du saut; car, rapprochés du corps au moment de sa flexion, ils s'en écartent, lors de son déploiement, comme pour l'élever avec eux, et concourir à le détacher du sol.

Quoi qu'il en soit de ces deux théories, la résistance du sol est une condition indispensable au saut, puisqu'on ne peut sauter sur un sable mouvant, et qu'un sol élastique accroît beaucoup l'étendue du mouvement de projection. En exécutant ce mouvement, le corps se trouve placé entre deux puissances, l'une passive, qui résulte de sa propre pesanteur, l'autre active, qui dépend du redressement brusque de ses articulations. Cette dernière a d'abord l'avantage, et produit l'ascension du corps; mais l'autre lui fait bientôt équilibre, et enfin elle l'emporte sur elle, de sorte que le corps retombe au point d'où il s'était élevé. Pendant toute la durée de sa station en l'air, il n'exerce aucune influence sur le mouvement qui l'entraîne, soit dans un sens, soit dans l'autre, et il ne fait qu'obéir d'abord à la force d'ascension qui lui a été imprimée, ensuite à sa propre gravitation, et les mouvemens divers qu'il peut exécuter alors ne contribuent en rien à retarder ou à accélérer sa chute.

Au reste, le mécanisme du saut varie suivant qu'il est vertical ou horizontal, et, dans ce dernier cas, suivant qu'il s'exécute en avant, en arrière, ou de côté.

Dans le saut vertical, le corps s'infléchit et se redresse presque perpendiculairement sur lui-même. La flexion de la cuisse en avant sur le bassin, de la jambe en arrière sur la cuisse, et du pied en avant sur la jambe, fait qu'il occupe moins d'espace qu'auparavant, c'est-à-dire qu'il se raccourcit, et qu'au moment de l'extension il reçoit une impulsion moyenne à celle de ces diverses inflexions, par conséquent correspondante à son propre axe.

Dans le saut horizontal, il faut non-seulement que le jeu

des diverses articulations se combine de manière à élever le corps, et à le porter dans le même temps en avant, en arrière ou de côté, mais encore que le tronc s'incline dans le sens suivant lequel on veut le porter, afin d'ajouter à l'impulsion qu'il a reçue. De là résulte que le corps décrit une parabole dans son mouvement total. Dans le saut de côté, outre que le tronc s'incline, les membres pelviens agissent inégalement, et leur jeu se trouve combiné de manière que le membre opposé au côté vers lequel on veut sauter agisse plus que l'autre, qui se porte lui-même dans l'abduction, tant pour agrandir la base de sustentation dans le sens selon lequel le corps s'incline, que pour rendre l'autre membre plus oblique par rapport au tronc, et plus capable de l'ébranler.

SAVEUR, s. f., *sapor;* sensation particulière que les corps sapides exercent sur l'organe du goût. On donne aussi fort improprement ce nom à la propriété spéciale en vertu de laquelle ils produisent cette impression, et c'est même dans ce dernier sens que le mot est employé le plus souvent.

Le nombre des saveurs est immense, et varie à l'infini, selon les individus. Aussi toutes les classifications qu'on en a données sont-elles insuffisantes. Les deux plus connues sont celles de Haller et de Linné. Le premier admettait douze saveurs, le fade, le doux, l'amer, l'acide, l'acerbe, l'âcre, le salé, l'urineux, le spiritueux, l'aromatique, le nauséeux et le putride; le second dix seulement, le doux, l'âcre, le gras, le styptique, l'amer, l'acide, le muqueux, le salé, l'aqueux et le sec. Ces distinctions, et toutes les autres analogues, sont aussi arbitraires qu'inutiles. La seule admissible est celle des saveurs en agréables et désagréables; encore même ne peut-on rien fixer de général à cet égard, puisque le rapport d'agrément ou de désagrément que présente une saveur donnée, ne doit jamais s'entendre que de tel ou tel individu, et même de cet individu dans telle ou telle circonstance, parce que toute saveur dépend de la manière dont les organes de celui qui la ressent réagissent sur l'impression produite par les corps qui la font naître.

SAVON, s. m., *sapo;* combinaison d'une huile fixe ou d'une graisse avec un oxide métallique ou l'ammoniaque. Les savons sont des élaates et des stéarates de la base employée. On les distingue en alcalins, terreux et métalliques.

Les savons alcalins sont solides ou mous. On ne peut obtenir les premiers qu'avec les graisses, les huiles siccatives et celles qui se congèlent à diverses températures. On ne les prépare même qu'avec la soude, car la potasse et l'ammoniaque ne donnent que des savons mous. Parmi les savons solides, on distingue celui qui porte le nom de *médicinal*, et dans lequel

entrent la soude et l'huile d'amandes douces. Le savon du commerce, qui se fait avec le même alcali et l'huile d'olives, n'est employé en médecine qu'à l'extérieur. L'un et l'autre sont stimulans. Quant aux savons mous ammoniacaux, ils portent le nom de *linimens volatils*, et c'est toujours avec l'huile d'amandes douces qu'on les fait pour l'usage de la médecine. Tous ces composés sont solubles dans l'eau, plus à chaud qu'à froid. L'air leur enlève une partie de leur humidité, et diminue leur pesanteur. Exposés au feu, ils entrent d'abord en fusion, puis se boursoufflent et se décomposent. La solution aqueuse saturée est épaisse, et mousse par l'agitation : si elle est étendue d'eau, elle se trouble avec le temps, et laisse précipiter du stéarate de soude. Tous les acides décomposent les savons, qui se dissolvent aussi dans l'alcool.

Les savons terreux diffèrent des précédens en ce qu'ils sont insolubles dans l'eau et l'alcool. Du reste, ils n'intéressent que les chimistes, qui s'en sont même peu occupés jusqu'ici.

Les savons métalliques portent le nom d'EMPLATRES.

On peut aussi préparer de véritables savons avec les résines et les alcalis caustiques. Les propriétés trop actives des substances résineuses s'adoucissent dans ces compositions, qui sont d'ailleurs peu usitées.

SAVONULE, s. m., *saponulus ;* nom générique de toutes les combinaisons des huiles volatiles avec les alcalis.

La seule de ces combinaisons dont on se serve est le savon de Starkey, employé quelquefois comme résolutif. C'est un mélange de sous-carbonate de potasse desséché, d'huile volatile de térébenthine et de térébenthine de Venise, à parties égales.

L'ammoniaque forme aussi des savonules avec les huiles essentielles, mais quoique ces combinaisons jouissent d'une grande activité, comme stimulantes, et qu'elles aient été employées pendant long-temps en médecine, on ne s'en sert plus aujourd'hui.

SAXIFRAGE, s. f., *saxifraga;* genre de plantes de la décandrie digynie, L., et de la famille des saxifragées, J., qui a pour caractères : calice à cinq divisions, cinq pétales, dix étamines, capsule terminée par deux pointes recourbées, et partagée en deux loges polyspermes.

Jadis on employait en médecine la *saxifrage granulée*, *saxifraga granulata*, qui croît dans les pâturages et sur le bord des bois. Les tubercules arrondis, rougeâtres à l'extérieur et blancs à l'intérieur, qui composent ses racines, ont une saveur amère. On les a cru long-temps lithontriptiques, apéritifs, diurétiques et emménagogues. Ils sont aujourd'hui tombés absolument en désuétude.

SCABIE, s. f., *scabia;* nom donné par Alibert à une affection cutanée boutonneuse et croûteuse, dont les boutons, disséminés particulièrement sur les jambes, les cuisses, et la partie interne des membres, sont remplis d'un liquide ichoreux et quelquefois purulent, que l'air convertit en plaques jaunâtres plus ou moins épaisses. Cette maladie, qu'on n'observe guère que parmi les basses classes du peuple, disparaît facilement par l'usage des bains et de la bonne nourriture. Elle paraît être due principalement à l'influence de la malpropreté.

SCABIEUSE, s. f., *scabiosa;* genre de plantes de la tétrandrie monogynie, L., et de la famille des dipsacées, J., qui a pour caractères : calice commun formé de folioles disposées sur une ou plusieurs rangées et multiflore; fleurs portées sur un réceptacle convexe et souvent paléacé; calice propre double, adhérent, persistant; l'extérieur court, membraneux ou scarieux et plissé; l'intérieur, rarement plumeux, ordinairement à cinq arêtes; corolle tubulée, à limbe quadrilobé ou quinquelobé; semences oblongues, couronnées par le calice propre.

On a employé en médecine deux espèces de ce genre, qui croissent abondamment chez nous, l'une dans les moissons, l'autre dans les bois. Ce sont la *scabieuse commune*, *scabiosa arvensis*, et le *mors du diable*, *scabiosa succisa*. Pendant fort long-temps, ces plantes ont passé pour jouir d'une efficacité spéciale contre la gale. On les croyait également apéritives, béchiques et alexitères. La seconde surtout était regardée comme un médicament précieux. Le temps a dépouillé ces plantes du merveilleux dont la crédulité et l'empirisme les avaient entourées. La saveur amère et un peu astringente dont elles jouissent, jointe à la propriété qu'à leur décoction de noircir par l'addition du sulfate de fer, annonce qu'elles doivent prendre place parmi les toniques; mais elles ne possèdent cette propriété qu'à un bien faible degré. On en donne les feuilles en décoction, à la dose d'une à deux onces par pinte d'eau. Quelquefois on prescrit cette décoction en gargarisme.

SCALÈNE, s. m. et adj., *scalenus;* épithète donnée par les anatomistes à des muscles du cou, dont le nombre, qui n'est pas toujours le même, varie depuis trois jusqu'à six. Ces muscles ont pour caractères généraux d'être allongés, triangulaires, et terminés en pointe à leurs deux extrémités; de naître du bord supérieur et de la face externe d'une des deux côtes supérieures, ou de toutes les deux, par un large et unique tendon; de s'attacher aux apophyses transverses de plusieurs vertèbres cervicales, par le moyen de diverses ban-

delettes tendineuses ; enfin, de servir à soulever les côtes, mais surtout à fléchir latéralement le cou. Assez ordinairement, on parvient à en remarquer trois, qu'on distingue en antérieur, moyen et postérieur.

L'antérieur, placé derrière le sterno-cléido-mastoïdien, naît de la face supérieure de la première côte, à quelque distance derrière son extrémité antérieure, et se termine par deux, trois ou quatre ventres, qui prennent leur insertion au tubercule antérieur des apophyses transverses, depuis la troisième jusqu'à la sixième inclusivement.

Le moyen, qui est plus long que les deux autres, naît de la première et de la seconde côtes, un peu plus en arrière et en dehors que le précédent, et s'attache, en général par sept languettes, au tubercule postérieur de presque toutes les vertèbres cervicales.

Le postérieur, qui est le plus court de tous, et qui manque quelquefois, naît, beaucoup plus en arrière que les autres, de la partie postérieure de la face externe de la seconde côte, et se termine, par deux ou trois languettes, aux extrémités postérieures des apophyses transverses des quatrième, cinquième et sixième vertèbres du cou.

Lorsqu'il existe un plus grand nombre de scalènes, les surnuméraires sont ordinairement placés entre ceux qui viennent d'être décrits, et plus petits qu'eux. Ainsi on en rencontre, entre l'antérieur et le moyen, un, qui est désigné sous le nom de petit scalène, et auquel il arrive quelquefois d'être double. Il peut aussi s'en trouver un autre entre le moyen et le postérieur. Ces trois scalènes accessoires ont été rencontrés à la fois sur le même sujet. Kelch a vu un muscle analogue provenir de l'apophyse transverse de la sixième vertèbre cervicale, et s'insérer à la face inférieure de l'extrémité humérale de la clavicule.

SCALPEL, s. m., *scalpellus* : espèce de couteau dont on se sert pour les dissections, et dont la lame, non mobile sur le manche, varie pour la forme, étant tranchante d'un côté seulement, ou des deux côtés à la fois, et tantôt droite, tantôt convexe. On se sert quelquefois de scalpels dans certaines opérations, ou plutôt les instrumens qu'on emploie alors, par exemple, dans quelques maladies des yeux, ressemblent à ceux dont les anatomistes font usage.

SCAMMONÉE, s. f., *scammonia* : gomme-résine purgative, dont il existe deux espèces dans le commerce : la *scammonée de Smyrne*, en morceaux noirâtres, lourds, compactes et mêlés de beaucoup de corps étrangers ; la *scammonée d'Alep*, que l'on estime bien davantage, et qui est en morceaux gris, plus ou moins volumineux, faciles à rompre, ayant la

cassure matte, d'une teinte un peu plus foncée, parsemée de petits points blancs et un peu poreuse. Cette scammonée est sans odeur; sa saveur est un peu nauséabonde, mais sans amertume décidée; exposée à l'air, elle s'effrite un peu à la surface, et se couvre d'une poudre légère. Elle se fond facilement sur une plaque de fer échauffée; si l'on augmente la chaleur, elle exhale des vapeurs nauséabondes; l'eau en dissout peu, mais elle est très soluble dans l'alcool, auquel elle communique une couleur jaune brunâtre. Elle se dissout, même à froid, dans la potasse pure, et la liqueur, qui prend une teinte jaune, se colore en brun par la chaleur. La scammonée de Smyrne se fond moins complétement que la précédente; au lieu de se prendre en masse, comme elle, dans l'eau bouillante, elle devient grumeleuse, et le liquide se colore en jaune.

La scammonée vient du Levant, où on la retire de plusieurs espèces de liserons, notamment du *convolvulus scammonea*. Bouillon-Lagrange et Vogel ont trouvé dans celle d'Alep: résine, 60; gomme, 3; extrait, 2; débris de végétaux, 35; dans celle de Smyrne: résine, 29; gomme, 8; extrait, 5; débris, 58. Cette substance, connue dès la plus haute antiquité, passe encore aujourd'hui pour un des plus puissans purgatifs drastiques, dont l'administration demande beaucoup de prudence. On la donne généralement depuis six jusqu'à douze grains pour les enfans et les personnes délicates. La dose est double pour les adultes. On pourrait aller au delà sans inconvénient. Dans tous les cas, on la mêle avec de la gomme, de la poudre de réglisse ou du sucre, et le plus souvent on la donne en pilules, ou, ce qui vaut infiniment mieux, dans trois ou quatre onces de looch ou d'une potion édulcorée.

SCAPHOIDE, adj. et s. m., *scaphoïdes:* nom donné par les anatomistes à un os du carpe et à un autre du tarse, parce qu'ils ont la forme d'une petite nacelle.

L'*os scaphoïde du carpe*, appelé aussi *naviculaire*, fait partie de la première rangée, et s'y trouve le premier en partant du bord radial. Sa figure est très-irrégulière, et se compose de deux parties, qui lui donnent l'apparence d'un 8 de chiffre. La partie supérieure est plus large, mais plus aplatie que l'inférieure. Sa face brachiale est convexe et incrustée de cartilage. La digitale est concave, et partagée en deux par une saillie arrondie. Cet os s'articule avec le radius, le semi-lunaire, le grand os et le trapézoïde.

L'os *scaphoïde du tarse* est situé au côté interne du cuboïde, devant l'astragale et derrière les trois cunéiformes, de sorte qu'il fait partie de la moitié postérieure et interne de la

rangée antérieure des os du tarse. Sa face postérieure, concave et couverte de cartilage, correspond à la tête de l'astragale. L'antérieure est partagée, par trois éminences longitudinales, en quatre compartimens qui reçoivent les trois cunéiformes et le cuboïde. Au bord interne du pied, l'os forme un angle saillant qu'on appelle sa tubérosité.

SCAPHOÏDO-ASTRAGALIEN, adj., *scaphoïdo-astragalius :* nom d'un ligament, formé de fibres minces, qui couvre toute la face supérieure de la capsule synoviale étendue du scaphoïde à l'astragale.

SCAPHOÏDO-CALCANIEN, adj., *scaphoïdo-calcaneus :* nom de deux ligamens qui unissent le calcanéum au scaphoïde. Le supérieur naît du bord antérieur de la tubérosité du premier de ces deux os, et s'attache à l'extrémité externe du dos de l'autre. L'inférieur, beaucoup plus fort, s'étend depuis le bord antérieur de la tubérosité du calcanéum, jusqu'à la partie externe de la face inférieure du scaphoïde.

SCAPHOÏDO-CUBOÏDIEN, adj., *scaphoïdo-cuboïdeus :* nom de deux ligamens qui unissent le scaphoïde au cuboïde, et qu'on distingue en plantaire et dorsal. Le premier s'étend du bord interne du cuboïde au milieu de la face inférieure du scaphoïde. L'autre se porte du bord externe de ce dernier vers le milieu de la face supérieure du cuboïde.

SCAPHOÏDO-CUNÉEN, adj., *scaphoïdo-cuneanus :* nom donné à cinq ou six ligamens, dorsaux, internes et plantaires, qui unissent le scaphoïde aux trois os cunéiformes.

SCAPULAIRE, s. m. et f. et adj. Plusieurs artères et un bandage particulier portent ce nom.

L'*artère scapulaire supérieure* provient presque toujours de la thyroïdienne inférieure, mais tire quelquefois son origine de la sous-clavière même. Elle se porte transversalement en dehors et en arrière, derrière la clavicule, et un peu au dessus de cet os, entre les muscles scalène antérieur et moyen, passe entre l'épine de l'omoplate et sa cavité glénoïde, et pénètre dans la fosse sus-épineuse; là, elle se partage en plusieurs branches, dont la plus petite traverse ordinairement l'échancrure demi-circulaire, pour se distribuer à la face antérienre de l'omoplate et au muscle sous-scapulaire, tandis que la plus grosse se répand sur la face postérieure de l'os, et finit par s'épuiser dans le muscle sous-épineux.

L'*artère scapulaire inférieure* ou *commune* est plus généralement appelée SOUS-SCAPULAIRE.

Les chirurgiens nomment scapulaire une bande longue d'une demi-aune, large de quatre doigts, et fendue dans le milieu pour y passer la tête, et qui s'appuie sur les épaules, tandis que les deux bouts, fixés l'un en devant, l'autre en

arrière, à un bandage de corps, servent à l'empêcher de descendre, et le maintiennent en place.

SCAPULO-HUMÉRAL, adj., *scapulo-humeralis;* nom donné à l'articulation de l'omoplate avec l'humérus.

Cette articulation, produite par l'adossement de la cavité glénoïde du scapulum et de la tête de l'humérus, est affermie par deux capsules, l'une synoviale, l'autre fibreuse. La première forme un large sac très-extensible, qui tapisse et couvre la coulisse bicipitale et la partie supérieure du tendon de la longue portion du muscle biceps. La seconde constitue de même un sac large, mais fortement tendu, qui s'attache supérieurement à la circonférence de la cavité glénoïde, et inférieurement au col de l'os du bras, en se continuant, sur ces deux points, avec le périoste. Les fibres qui la composent sont diversement entrelacées les unes avec les autres. Elle est fortifiée, à sa partie supérieure, par un faisceau fibreux provenant de l'apophyse coracoïde. Sa partie interne est la plus mince, et présente même, de distance en distance, des lacunes qui sont remplies par le tendon du muscle sous-scapulaire. Le tendon du sus-épineux la protége en haut, et celui du sous-épineux et du grand rond en arrière. Son bord interne présente, en bas et en devant, un petit vide par lequel pénètre le tendon de la longue portion du biceps. Sa laxité est en rapport avec les mouvemens très-libres et très-étendus qu'exécute le bras.

Les luxations de l'articulation scapulo-humérale sont, de toutes les lésions de ce genre, les plus fréquentes. Parmi les circonstances qui expliquent ce résultat, on doit noter: 1° les usages multipliés du bras, et les situations variées à l'infini qu'exigent les travaux et les efforts exécutés par ce membre; 2° le peu de profondeur de la cavité glénoïde de l'omoplate, qui, malgré la présence du bourrelet fibreux, placé autour de ses bords, peut à peine admettre le tiers de la circonférence de la tête de l'humérus; 3° la laxité extrême, et la faible épaisseur de la capsule fibreuse, et l'absence de tout autre ligament articulaire solide; 4° enfin, l'absence, au côté inférieur de la jointure, de tout obstacle susceptible de s'opposer à la luxation, que tant de causes tendent précisément à déterminer suivant cette direction. Toutefois, plusieurs dispositions, dont il convient de tenir compte, tendent à rendre solide l'articulation qui nous occupe, et à maintenir les rapports mutuels des os dont elle se compose. Ainsi, les tendons des muscles sus-épineux, sous-épineux et petit rond, adhérens à la capsule articulaire, augmentent sa force en haut, et préviennent ses distensions; le tendon du long faisceau du muscle biceps brachial, qui passe dans l'articulation même, contribue encore à

produire le même effet; les apophyses caracoïde et surtout acromion, en formant une sorte de voûte osseuse à la jointure, s'opposent à l'ascension de la tête de l'humérus; enfin, la mobilité de l'omoplate lui permet de suivre les mouvemens du bras, et de varier les directions de la cavité glénoïde, de telle sorte que son axe coïncide presque toujours avec celui de la tête humérale, et lui présente un point d'appui direct. En comparant entre elles ces dispositions opposées, il est facile de voir, ainsi que le démontrent d'ailleurs les faits pathologiques, que celles qui favorisent les luxations prédominent de beaucoup sur les autres. Aussi l'articulation scapulo-humérale est-elle le siége de déplacemens dont le nombre égale celui de toutes les autres articulations prises ensemble.

La disposition des parties qui environnent la capsule articulaire est telle, que la tête de l'humérus a plus de facilité à se porter en bas, au dessous de la cavité glénoïde de l'omoplate, qu'en avant ou en arrière de cette cavité. Les luxations en haut sont entièrement impossibles, à moins que l'on n'admette la fracture préalable de l'acromion, et aucune force ne tend à produire ces deux lésions à la fois. Elles ne se sont du moins jamais présentées dans la pratique. La force et l'épaisseur des muscles qui entourent le moignon de l'épaule sont telles aussi, que les luxations de l'articulation scapulo-humérale n'ont presque jamais lieu, à la suite de chocs directement portés sur elle. Les coups, les chutes et les autres violences extérieures analogues qui atteignent l'épaule, fracturent plus facilement l'humérus qu'ils ne poussent sa tête hors de la cavité qu'elle occupe.

Les luxations dans lesquelles l'extrémité supérieure de l'humérus est portée en bas, ont presque toujours lieu à la suite de chutes sur le côté correspondant du corps, le bras étant étendu, relevé et la paume de la main appuyant sur le sol. Souvent, lorsque les malades veulent assigner une autre cause à leur accident, on reconnaît encore qu'il a eu lieu ainsi aux traces de contusion et aux ecchymoses que présentent la face palmaire de la main, et la tubérosité interne de l'humérus. Dans ces cas, en effet, l'extrémité inférieure du lévier que représente le bras et l'avant-bras étendus, heurte fortement contre le plan solide que forme le sol. L'humérus, pressé entre cette résistance et le poids du corps, qui tend à descendre avec une force toujours augmentée, se trouve plus élevé qu'il ne pourrait jamais l'être par la seule action des muscles. Sa tête s'incline fortement vers le creux de l'aisselle, distend la partie inférieure de la capsule, et peut la rompre. Cependant, l'action musculaire vient en cet instant s'ajouter à celle de la pesanteur du tronc, et déterminer le déplacement. En effet,

lorsque le coude est le plus élevé possible, les muscles grand rond, grand dorsal et grand pectoral, dont les fibres sont fortement tiraillées, se contractent, afin de s'opposer à l'écartement extrême du bras; mais comme leur direction se trouve changée, relativement à l'humérus, au lieu de mouvoir l'extrémité inférieure de cet os, qui est d'ailleurs fixée contre le sol, ils abaissent davantage la partie opposée, et la précipitent dans le creux de l'aisselle. Cette action est d'autant plus puissante et plus efficace, que les adducteurs du bras s'attachent presque sur la tête humérale, et par conséquent très-près de la résistance qu'ils ont à vaincre. L'humérus représente alors un lévier du troisième genre, dans lequel le point d'appui se trouve à son extrémité inférieure, la résistance à la capsule articulaire, et la puissance aux parties de l'os les plus voisines de cette capsule.

Telle est l'efficacité de l'action musculaire pour produire les luxations de l'humérus en bas, qu'on a vu ces lésions survenir alors même qu'aucune chute n'avait eu lieu. Elle a été, par exemple, le résultat de l'effort exercé pour élever un poids considérable au dessus de la tête. Chez un sujet épileptique, les bras étant fortement portés en haut durant les accès, le déplacement de la tête humérale en bas était presque toujours provoqué. Dans ces cas, qui sont très-rares, la luxation dépend de l'action simultanée du muscle deltoïde qui élève trop fortement le bras et le fixe dans cette situation, tandis que les muscles grand pectoral, grand dorsal et grand rond, attachés plus près que lui de la tête de l'humérus, lorsqu'ils viennent à se contracter, abaissent cette éminence, et la portent dans le creux de l'aisselle. Il est possible aussi que le poids d'un fardeau agissant sur l'humérus, dont la direction est devenue très-oblique, relativement à l'axe de la cavité glénoïde, s'ajoute encore à la force musculaire, et tende à faire glisser la tête en bas, et à déchirer la partie très-mince de la capsule qui la soutient.

Que durant une chute, le bras étendu et éloigné du corps soit, par quelque obstacle, porté violemment en arrière, la tête de l'humérus, dirigée en avant, distendra cette partie du ligament orbiculaire, et, après l'avoir rompue, se logera au devant de l'aisselle, sous les muscles pectoraux. Cet accident, quoique assez rare dans la pratique, se présente cependant quelquefois chez les maçons, les couvreurs et autres ouvriers qui sont exposés à tomber de lieux élevés, et à rencontrer, dans leurs chutes des corps qui frappent leurs membres suivant des directions souvent difficiles à expliquer.

Le déplacement de l'humérus en avant est souvent le résultat consécutif de luxations en bas non réduites. On remarque en effet, que, dans cette dernière, la tête humérale repose

sur la partie la plus antérieure du bord inférieur, ou de la côte de l'omoplate, qui ne lui présente pas, à beaucoup près, une surface assez large pour la retenir. Si les parties demeurent ainsi placées, les efforts continuels des muscles, le poids de la partie inférieure du bras, qui tend à se rapprocher du tronc, et peut-être des impulsions réitérées communiquées au membre par les corps extérieurs, sont autant de causes qui tendent à opérer un déplacement consécutif. Le mouvement de la tête de l'humérus est alors déterminé en avant plutôt qu'en arrière, parce que la longue portion du triceps brachial, fixée à l'omoplate près de la cavité glénoïde, correspond toujours à son côté externe, et la dirige en dedans vers le grand pectoral. Lorsque le bord inférieur de l'omoplate cesse de la soutenir, et qu'elle est parvenue en devant de l'épaule, aucune résistance ne s'opposant à son ascension, elle remonte successivement jusqu'au voisinage de la clavicule et à l'apophyse acromion, où elle se creuse au milieu des parties molles, et sur les premières côtes, une cavité anormale. Dans ces cas, le déplacement de l'humérus a été considéré comme une luxation en haut : il est vrai que la tête de cet os est alors située au dessus du niveau de la cavité glénoïde, et que le bras est raccourci; mais il est facile de voir que ce phénomène est accessoire, et que la maladie continue de former une luxation en avant.

Les luxations, dans lesquelles la tête humérale est portée en arrière, sont plus rares encore que les précédentes. On en possède cependant quelques exemples; mais il faut pour cela que le bras soit violemment porté en avant, et ce mouvement est empêché par la saillie de la partie antérieure du thorax contre laquelle il vient heurter avec force. Le déplacement ne peut avoir lieu qu'autant que l'humérus transformé en un lévier du premier genre est, à sa partie inférieure, portée au devant du tronc, tandis que sa partie moyenne prend un point d'appui sur les côtes, et que sa tête distend la capsule articulaire et la rompt. Ce côté de l'articulation est un des mieux protégés par le tendon du sous-épineux, ainsi que par les muscles grand dorsal et grand rond; aussi cette espèce de luxation exige-t elle une puissance très-considérable pour être produite.

La capsule articulaire est constamment déchirée dans les luxations de l'articulation scapulo-humérale, et son ouverture est, dans presque tous ces cas, plus étendue que ne le comporte le passage de la tête de l'humérus. Dans la luxation en bas, cette éminence semble soutenue, d'une part, par la longue portion du triceps, qui est placée, comme nous l'avons dit, en arrière, et le muscle sous-scapulaire dont le tendon la recouvre en dedans. Lorsqu'elle remonte au devant de l'épaule, elle n'abandonne pas, comme on le croit généralement, le sous-scapulaire pour

se porter immédiatement à la face interne des muscles pectoraux et sur le grand dentelé, mais elle entraîne avec elle le premier de ces muscles qui continue de lui former une sorte de capsule, et de la contenir. Chez les sujets dont la luxation a lieu en avant, la tête humérale glisse entre le sous-scapulaire et la face antérieure de l'omoplate ; souvent elle éraille et arrache les fibres charnues les plus antérieures ; quelquefois elle déchire le muscle lui-même, sépare quelques-uns de ses faisceaux, et à travers l'ouverture qu'elle s'est formée, se porte immédiatement sur le grand dentelé. On conçoit combien il faut alors que la puissance vulnérante ait été considérable, et combien sont rares des désordres aussi étendus. Dans les luxations en arrière, la tête de l'humérus glisse au bas de la fosse sous-épineuse, et continue d'être enveloppée par le muscle sous-épineux de la même manière qu'elle se trouve recouverte par le sous-scapulaire dans les luxations en avant.

Lorsque la tête humérale est depuis long-temps placée au devant du scapulaire, on trouve les seconde et troisième côtes déprimées, la clavicule souvent remontée au dessus de sa situation normale ; les fibres charnues des muscles sous-scapulaire et grand dentelé transformées en tissu fibreux ; la face interne de l'omoplate creusée près de l'angle antérieur de cet os, d'une cavité plus ou moins profonde, et garnie d'une couche cartilagineuse anormale ; le tissu cellulaire environnant, devenu dense et serré, entoure l'articulation nouvelle, de manière à augmenter sa solidité. Les vaisseaux et les nerfs du bras passent au devant de l'humérus déplacé, et sont distendus par lui, ce qui donne presque toujours lieu à des douleurs habituelles dans le bras, à l'amaigrissement du membre et à une gêne plus ou moins considérable de ses mouvemens.

Les phénomènes qui caractérisent les luxations de l'articulation scapulo-humérale sont assez faciles à distinguer : lorsque la tête de l'humérus est dirigée en bas, le bras blessé est un peu plus long que celui du côté opposé, ainsi qu'on peut le reconnaître en examinant par derrière la hauteur des deux coudes, l'avant-bras étant à demi-fléchi. L'extrémité inférieure du membre est écartée du tronc, et ne peut en être rapprochée, soit par le malade, soit même par des efforts étrangers exercés sur le coude. En prolongeant en haut l'axe du bras, on voit qu'au lieu de correspondre au centre de l'épaule, il vient tomber plus en dedans, vers le côté interne de la cavité glénoïde. La région deltoïdienne, au lieu d'être convexe et solide, se trouve aplatie et tiraillée ; l'apophyse acromion fait une saillie anormale et forme le point le plus avancé du côté externe de l'épaule. En pressant sur le deltoïde, on l'enfonce plus ou moins profondément, et l'on sent que rien ne le supporte plus.

En examinant le creux de l'aisselle, on y découvre une tumeur solide, arrondie, continue au reste de l'os, et qui n'est autre chose que la tête humérale portée au dessous de la cavité glénoïde. Les muscles deltoïde, biceps, coraco-brachial et triceps sont tendus; l'avant-bras est fixé dans un état de médiocre flexion, et le malade ne peut ni l'étendre, ni le fléchir davantage, sans ressentir des douleurs aiguës. Enfin, l'omoplate est inclinée en dehors, son angle antérieur est abaissé, et la gêne qui en résulte engage le sujet à incliner le cou et la tête du même côté, et à soutenir le bras malade avec la main du côté opposé.

Lorsque l'extrémité supérieure de l'humérus est portée directement en avant, le bras conserve sa longueur normale; mais le coude, écarté du corps, est incliné en arrière, les muscles sont moins tendus, l'avant-bras conserve la liberté de se fléchir ou de s'étendre. On sent, au devant du moignon de l'épaule, la tumeur formée par la tête humérale, et la région deltoïdienne présente en arrière son plus grand aplatissement, ainsi que l'espèce de cavité produite par l'absence de l'os du bras. Lorsque celui-ci est remonté au dessus du niveau de l'angle antérieur de l'omoplate, le membre correspondant est raccourci, mais les mouvemens par lesquels il se porte en avant demeurent toujours difficiles ou même impossibles.

Les luxations en arrière produisent des phénomènes opposés, c'est-à-dire que le coude reste incliné en avant, écarté de la poitrine; la tête de l'humérus forme une saillie manifeste au dessous de l'épine de l'omoplate, et à la base de l'acromion, tandis qu'à la partie antérieure de l'épaule on remarque une dépression profonde, déterminée par son déplacement. Le membre conserve à peu près la même longueur.

Un des points de diagnostic les plus importans dans les luxations de l'articulation scapulo-humérale, est de distinguer les déplacemens primitifs de ceux qui leur succèdent. Ainsi, lorsque, peu de jours après l'accident, on trouve la tête de l'humérus appliquée à la clavicule, il est manifeste que la luxation a eu lieu d'abord en avant, ou par un des points intermédiaires entre la partie inférieure et la région interne de la capsule. Mais, chez les sujets où la tête est placée au niveau de la cavité glénoïde, il est souvent plus difficile de déterminer si la cause morbide l'a jetée dans cet endroit, ou si elle n'y est parvenue qu'à la suite de l'action musculaire. Il est à remarquer, à ce sujet, que les luxations en bas sont aussi fréquentes qu'il est rare de rencontrer les autres, et que quoique les malades ne puissent souvent rendre que très-difficilement compte du mécanisme suivant lequel la lésion s'est opérée, quoiqu'on ne rencontre pas toujours, à la paume de la main et de la région interne du coude, les traces d'une

chute sur ces parties, on n'en doit pas moins être porté à croire que la luxation a eu lieu d'abord en bas, à moins que des signes positifs, des explications exactes, n'établissent le contraire. Cet objet, ainsi que le fait observer Boyer, doit être examiné avec d'autant plus d'attention que les difficultés extraordinaires éprouvées par quelques praticiens dans la réduction des luxations récentes de l'humérus, dépendent vraisemblablement de ce que, trompés, dans beaucoup de cas, sur l'espèce de déplacement qui a d'abord eu lieu, ils n'ont pas appliqué la puissance extensive de la manière la plus convenable et la plus méthodique.

Les luxations de l'articulation scapulo-humérale ne constituent pas en général une lésion très-grave. L'inflammation qui les accompagne n'a jamais une grande intensité, parce que la lésion est toujours produite par des causes qui n'ont pas agi sur l'épaule. Mais l'œdème du membre déterminé par la compression des vaisseaux, la douleur et la paralysie, suites du tiraillement des nerfs, sont des accidens assez communs dans les luxations en avant. Quelquefois même le mouvement une fois aboli ne se rétablit plus. Desault a rapporté plusieurs exemples de ce genre. On observe aussi que quand les luxations de l'articulation scapulo-humérale demeurent pendant un certain temps sans être réduites, le membre conserve en réalité une mobilité plus grande que ne l'établissent les auteurs, et qu'on ne serait tenté de le croire au premier examen. Cette apparence de mobilité dépend de ce que l'omoplate, qui est très-mobile, entraîne avec elle l'humérus, et lui imprime des mouvemens de totalité qui ont été considérés comme produits par le glissement de la tête dans la cavité anormale qu'elle s'est creusée. Il est cependant vrai de dire que cette articulation accidentelle jouit aussi d'une motilité portée assez loin; et les mouvemens qu'elle permet, ajoutés à ceux qui résultent des déplacemens divers de l'omoplate, font que le bras conserve la plus grande partie de ses fonctions.

L'époque à laquelle les lésions qui nous occupent cessent d'être réductibles varie suivant les sujets et l'espèce de déplacement. Elle est, en général, moins prolongée que ne l'établissent les auteurs. On a, il est vrai, ramené l'humérus à sa situation un mois, six semaines, ou même un temps plus long après l'accident; mais les faits de ce genre sont très-rares, et la plupart des efforts tentés à ces époques éloignées demeurent infructueux. Il n'est donc pas moins important alors que dans les luxations des autres articulations, de reconnaître d'abord la nature de la maladie, et de procéder promptement à la réduction de l'os déplacé. Malgré les apparences de mobilité que celui-ci conserve, et le peu de violence

des accidens qui se manifestent, il est aussi dangereux à l'articulation scapulo-humérale que partout ailleurs, de laisser à l'inflammation le temps de transformer les tissus et de créer autour de la tête de l'os des obstacles qui rendraient bientôt son replacement impossible.

Il est inutile de rappeler ici les signes qui distinguent les luxations qui nous occupent des fractures de l'extrémité supérieure et du col de l'HUMÉRUS; ils sont indiqués à l'article consacré à cet os.

La réduction des luxations de l'articulation scapulo-humérale exige moins l'emploi de forces considérables qu'une direction méthodique imprimée aux efforts dont on fait usage. Il serait fastidieux de reproduire et la description et la critique des procédés vicieux employés par les anciens et par quelques chirurgiens modernes pour opérer cette réduction : l'art a fait de tels progrès sous ce rapport, qu'il faut enfin abandonner l'histoire des moyens usités pendant son enfance, pour ne s'occuper que de ce qui se fait maintenant ou de ce qui doit se faire.

Desault établit les véritables principes suivant lesquels on doit procéder à la réduction de l'humérus déplacé. Pour cela le malade doit être assis sur un siége solide, médiocrement élevé et dépourvu de dossier. Autour du poignet est fixé un lacs ordinairement, fait avec une serviette diagonalement pliée, de manière à ne présenter que quatre à cinq travers de doigt de largeur. Une nappe, ou un drap de lit, plié suivant leur longueur, sont substitués à la serviette, lorsqu'un grand nombre d'aides doivent s'en saisir afin d'opérer l'extension. Une pelotte épaisse, oblongue et solide, est ensuite placée dans le creux de l'aisselle, et préserve les muscles grand pectoral et grand dorsal de toute compression. La partie moyenne d'un drap de lit, plié suivant sa longueur, de manière à présenter une largeur de quatre travers de doigt, recouvre cette pelotte; et ses extrémités, ramenées en avant et en arrière, au dessus de l'épaule du côté opposé, doivent être réunies, confiées à des aides chargés de faire la contre-extension, ou mieux encore fixées à un anneau scellé dans le mur, ou à quelque autre objet solide, que rien ne puisse entraîner. A ces deux lacs, on ajoute ordinairement une serviette pliée sur elle-même, et dont la partie moyenne est appliquée sur le sommet de l'acromion, tandis que ses extrémités, portées horizontalement en avant et en arrière, sont confiées à un aide qui les tire suivant cette direction. Un dernier aide applique et maintient cette serviette sur le point qu'elle comprime, afin de l'empêcher de glisser : elle a pour objet de s'opposer à ce que l'angle articulaire de l'omoplate ne s'abaisse trop, et ne

cède aux efforts d'extension qui tiraillent les muscles qui s'y attachent.

Toutes ces dispositions étant faites, le chirurgien, placé au côté externe du membre, et libre de tous ses mouvemens, donne aux aides chargés de l'extension le signal d'agir. Ceux-ci, tirant d'abord suivant la direction qu'affecte le membre, étendent graduellement les muscles, dégagent la tête de l'os, et lorsque cet effet est produit, ramènent lentement le bras à sa situation normale, puis le rapprochent du tronc, en même temps que le chirurgien, qui a jusque là indiqué toutes les parties de cette manœuvre, saisit l'extrémité supérieure de l'humérus et la porte dans le sens opposé à celui du mouvement qui a produit la maladie. Ainsi, lorsque la luxation a lieu directement en bas, le membre ayant été d'abord tiré en dehors, puis ramené vers la poitrine, le chirurgien place les doigts entrecroisés de ses deux mains à la partie interne et supérieure de l'humérus, et porte la tête de cet os directement en haut et en dehors. Dans les déplacemens primitifs en avant, le poignet est tiré d'abord en arrière, puis ramené en bas et en dedans, et lorsqu'il est à peu près parvenu à sa situation normale, le chirurgien saisit d'une main le coude, qu'il pousse en dedans vers les côtes, tandis que l'autre main, appuyée sur la partie antérieure de l'humérus, dirige fortement la tête de cet os en dehors vers la cavité qu'elle a quittée. Une manœuvre absolument contraire doit être exécutée chez les sujets où le déplacement a lieu en arrière. Enfin, dans les luxations qui, s'étant opérées d'abord en bas, se sont ensuite transformées en luxations en avant, il faut absolument ramener d'abord la tête de l'humérus au dessous de la fosse glénoïdale, avant de tenter aucun effort pour la replacer dans sa situation normale.

Les efforts qui viennent d'être décrits manquent rarement d'être couronnés de succès. Mais il importe d'observer, durant l'opération, toutes les règles indiquées pour la réduction des luxations. Les efforts d'extension, par exemple, devront être proportionnés aux résistances à vaincre; leur succession aura lieu en temps opportun; on détournera fortement l'attention du malade à l'instant où l'os doit être porté vers sa cavité; enfin, on n'oubliera rien de ce qui peut assurer la réduction.

Chez quelques sujets très-vigoureux, la situation assise fournit aux pieds un point d'appui, et permet aux muscles d'exercer des efforts et d'opposer une résistance, que l'on élude, en étendant horizontalement les jambes sur un banc, ou en couchant le tronc en supination sur une table. Il est aussi facile dans cette position que dans l'autre d'exercer les manœuvres prescrites.

Dans d'autres circonstances, au contraire, l'appareil que nous avons décrit est presque inutile. C'est ainsi que nous avons vu opérer sur des femmes, et que nous avons nous-même exécuté sur des militaires la réduction de luxations scapulo-humérales récentes, sans autre secours que celui d'un aide qui soutenait le malade, tandis que le chirurgien lui-même inclinait d'une main, le coude en dedans, et de l'autre soulevait et portait en dehors la partie supérieure de l'os. Les deux mains doivent combiner leur action de telle sorte, que l'une presse le coude vers la poitrine, tandis que l'autre ramène la tête de l'humérus dans la cavité glénoïde de l'omoplate.

Après la réduction, un bandage de corps, dans lequel on comprend le bras malade, doit être appliqué. Une écharpe soutient l'avant-bras. Aucun autre appareil n'est nécessaire, et l'immobilité prolongée du membre suffit pour donner aux parties distendues ou déchirées le temps de se cicatriser et de revenir sur elles-mêmes. Les inflammations de l'épaule, s'il en survient, doivent être combattues à l'aide des antiphlogistiques. L'œdème cède au bandage compressif et à quelques frictions stimulantes. La paralysie réclame l'emploi de moyens propres à réveiller l'action nerveuse, tels que les irritans, et surtout les moxas appliqués au dessus de la clavicule, à l'origine du plexus cervical. Après la réduction d'une luxation déjà ancienne de l'articulation scapulo-humérale, Desault vit l'épaule se gonfler rapidement et devenir le siége d'une tumeur très-volumineuse. On crut à la formation subite d'un anévrysme, résultat de la rupture de quelque vaisseau considérable. Un examen plus attentif démontra qu'un emphysème seul existait, et quelques compresses d'eau végéto-minérale, aidées du repos et d'un bandage compressif, suffirent pour déterminer la résolution de la tumeur, dont il ne restait plus de trace au treizième jour. Si un accident semblable survenait, le chirurgien, prévenu de la possibilité de son existence, devrait ne pas s'effrayer et recourir aux moyens les plus propres à déterminer l'absorption de l'air épanché.

Les *inflammations chroniques* sont assez rares à l'articulation scapulo-humérale. Cette jointure est trop simple, les os qui la forment sont trop lâchement unis, des muscles trop épais et trop nombreux les protégent, pour qu'elle ait beaucoup à souffrir de l'action des corps extérieurs, ou que des phlegmasies graves s'y développent aisément. Ajoutez encore que, tandis qu'à l'articulation de la hanche et du genou, l'impatience des malades oblige pendant long-temps les parties affectées d'agir, et augmente ainsi les ravages de l'irritation, la plus légère douleur suffit pour qu'on laisse l'épaule en repos, jusqu'à ce que l'inflammation y soit entiérement dissi-

pée. Aussi des lésions qui, aux membres abdominaux, seraient suivies d'arthrocace et de désorganisation, se terminent-elles presque toujours par résolution au coude et surtout à l'épaule. On cite cependant des exemples remarquables de dégénérescence de l'extrémité supérieure de l'humérus, de caries de la tête de cet os et de la cavité glénoïde, et d'autres lésions qui ont exigé ou l'extirpation de l'humérus à l'article, ou la résection des portions osseuses affectées.

Depuis que Le Dran père, ou peut-être Morand, ont imaginé d'amputer le bras dans son articulation supérieure, un grand nombre de procédés ont été successivement imaginés pour exécuter cette grave opération. Deux méthodes générales les comprennent tous, et doivent d'autant plus fixer l'attention du praticien, que, suivant la nature des lésions et l'étendue des désordres dont les parties molles peuvent être le siége, on est obligé de recourir tantôt à l'une, et tantôt à l'autre.

La première et la plus ancienne des méthodes de désarticuler l'humérus, consiste à disposer en haut et en bas les lambeaux destinés à recouvrir la plaie, ainsi que la cavité glénoïde de l'omoplate. Parmi les procédés qui se rapportent à cette manière d'opérer, ceux de Le Dran et de Garengeot, dans lesquels on liait d'abord l'artère au moyen d'une ligature qu'entraînait une aiguille portée à travers les tégumens, sont depuis long-temps abandonnés. On ne parle pas davantage maintenant des procédés de Sharp et de Bromfield, qui consistaient, après avoir fait une incision le long des vaisseaux axillaires, à les lier, et à diviser ensuite circulairement les parties molles. Celles-ci étant relevées, on coupait les liens articulaires, et l'on emportait l'os. B. Bell commençait par diviser les chairs comme pour l'amputation ordinaire, à quatre travers de doigt de l'acromion, puis les vaisseaux étant liés, il faisait en arrière et en avant une incision longitudinale, le lambeau supérieur était relevé, et la désarticulation n'éprouvait plus d'obstacle. Cette opération est, comme la précédente, tombées dans l'oubli.

Le procédé de La Faye était plus méthodique, et il a été, pendant long-temps, généralement adopté. Il constitue comme le type de la méthode qui nous occupe. Pour l'exécuter, le malade étant assis sur une chaise solide, et contenu par des aides, on fait, si cela est possible, élever le bras à angle droit sur le tronc. Alors le chirurgien, placé au côté externe de l'épaule affectée, fait, avec un bistouri ordinaire, à quatre travers de doigt au dessous de l'acromion, une incision transversale qui divise le muscle deltoïde et pénètre jusqu'à l'os. Deux autres incisions, une antérieure et une postérieure, conduites des parties antérieure et postérieure du

moignon de l'épaule jusqu'aux extrémités de la première, cernent un lambeau quadrilatère que l'on détache de tous côtés, et qui doit être relevé en haut, de manière à découvrir la partie externe de l'articulation et les tendons qui recouvrent de ce côté la capsule fibreuse. Les deux portions du biceps, ainsi que les tendons du sous-épineux, du petit rond, et celui du sous-scapulaire, sont ensuite coupés; puis, l'articulation étant largement ouverte, on dégage la tête de l'humérus en faisant exécuter un mouvement de bascule à cet os. Alors le bistouri est glissé de haut en bas, entre les surfaces articulaires, puis le long de la partie interne du bras, en rasant l'humérus, jusqu'à ce que les vaisseaux puissent être sentis. La ligature en est immédiatement faite le plus près possible de l'aisselle; après quoi, on achève de séparer les muscles à un travers de doigt au dessous. Les artères circonflexes et les autres branches vasculaires étant liées, on abaisse le lambeau deltoïdien sur la plaie; les chairs du creux de l'aisselle sont relevées, et un bandage convenable maintient ces parties en rapport.

Telle est l'opération décrite par La Faye. Elle présentait, d'une part, des lenteurs, attachées à la succession des incisions destinées à former le lambeau supérieur; de l'autre, des incertitudes et des difficultés dans la ligature des vaisseaux. Ce dernier inconvénient disparut le premier. On reconnut la possibilité de faire saisir et comprimer le paquet formé par les nerfs, les veines et l'artère axillaires, entre les doigts d'un aide avant d'en opérer la section. Pour cela, la tête de l'humérus étant sortie de sa cavité, la lame du couteau ou du bistouri, glissée le long de la partie interne de l'os, détache les parties molles dans une étendue assez grande pour qu'un aide, placé au côté opposé du malade, puisse porter les pouces dans la plaie, et, en les appuyant contre les autres doigts réunis dans le creux de l'aisselle, comprimer fortement les vaisseaux. Les parties molles sont ensuite coupées au devant de ce point de compression, et l'on procède immédiatement à l'application des ligatures. Cette amélioration importante est due à Larrey; elle a pour effet de rendre inutiles le tourniquet de Dahl, ainsi que la compression, toujours incertaine et douloureuse de l'artère axillaire au dessus de la clavicule, et de mettre parfaitement à l'abri de l'hémorragie. Aussi est-elle généralement adoptée, et c'est toujours en faisant ainsi saisir les vaisseaux dans l'épaisseur des parties molles du creux de l'aisselle, que l'on achève maintenant l'ablation du membre. Nous ne reviendrons plus dès lors sur ce dernier temps de tous les procédés qui nous restent à décrire.

Afin de rendre plus rapide la formation du lambeau supé-

rieur, Dupuytren a imaginé, le bras étant horizontalement placé, de soulever, d'une main, la masse du deltoïde, et de la traverser, d'arrière en avant ou d'avant en arrière, avec un couteau droit à double tranchant, porté à plat, à sa base. La lame de l'instrument doit raser la tête de l'humérus, immédiatement au dessous de l'acromion; puis, son tranchant étant porté en bas jusqu'à l'attache du deltoïde, et ensuite incliné en dehors, les parties molles se trouvent détachées d'un seul coup. Le lambeau étant relevé, la face externe de l'articulation se montre à découvert, et l'on termine l'ablation du membre comme il a été dit plus haut.

On a cru pouvoir faire plus encore, et ouvrir l'articulation, en même temps que le lambeau deltoïdien est formé. Afin d'exécuter ce procédé, Champesme et Lisfranc appliquent le bras malade contre le tronc, et le placent dans la rotation en dedans. La forme de l'apophyse acromion et des autres parties osseuses étant ensuite examinée avec attention, le chirurgien, placé au devant de l'épaule, plonge la pointe d'un couteau interosseux long et étroit dans l'espace triangulaire qui existe en avant, entre l'apophyse coracoïde et le bord antérieur de l'acromion. L'instrument doit être enfoncé d'avant en arrière, dans une direction telle, que sa pointe vienne sortir à un demi-pouce environ au dessous de l'endroit où le bord postérieur de l'acromion cesse d'être horizontal, et se recourbe en bas et en arrière. Alors l'instrument doit être porté en haut et en dehors, de manière à contourner la tête de l'humérus. Lorsqu'il est parvenu à son côté externe, on éloigne le bras du tronc, et, soulevant le deltoïde, on taille, comme dans le procédé de Dupuytren, le lambeau supérieur. Celui-ci étant relevé, on trouve la capsule articulaire ouverte, et le couteau, achevant de la diviser, parvient promptement au côté interne de l'humérus, et achève la section des parties molles du creux de l'aisselle.

Pour exécuter ce procédé, il faut tenir l'instrument de la main droite lorsqu'on opère sur l'épaule droite, et réciproquement, à moins qu'on ne préfère enfoncer, du côté gauche, le couteau à la partie postérieure du membre, dans l'endroit où nous avons dit qu'il devait sortir lorsqu'on le fait pénétrer à la manière ordinaire. Mais, en suivant ce procédé, l'instrument est peut-être plus exposé à se trouver arrêté dans sa marche par les saillies osseuses.

Desault paraît avoir, le premier, conçu le projet de former deux lambeaux symétriques, disposés en avant et en arrière de l'articulation scapulo-humérale; il créa ainsi la seconde des méthodes dont nous avons à nous occuper. Le malade étant convenablement placé et maintenu, ce grand chirurgien

faisait comprimer l'artère axillaire à sa sortie des scalènes; puis il saisissait et écartait de l'humérus les tégumens et les chairs de la partie supérieure et interne du bras. Un couteau était alors plongé entre les parties molles et l'os pour faire le lambeau antérieur. Le bras étant porté en arrière et en dehors, on liait l'artère humérale, la partie interne de l'article était ouverte, l'humérus luxé, et le couteau, porté entre les surfaces cartilagineuses, parvenait au côté externe du bras; on terminait alors l'opération en formant le lambeau postérieur.

Larrey, après avoir essayé de modifier l'opération de Desault, en commençant par attaquer les parties postérieures de l'articulation, s'arrêta au procédé suivant : le sujet étant assis, et le bras légèrement écarté du tronc, un petit couteau à amputation sert à pratiquer une incision longitudinale, étendue du sommet de l'acromion jusqu'à l'attache inférieure du deltoïde, et divisant toute l'épaisseur de ce muscle. La lèvre postérieure de cette incision est ensuite soulevée et éloignée de l'os; puis le chirurgien plonge la pointe de l'instrument entre l'humérus et les chairs, de manière à la faire sortir immédiatement au dessous des tendons réunis des muscles grand dorsal et grand rond. Le tranchant étant alors tourné vers la peau, toutes les parties molles situées devant lui sont coupées d'un seul coup, suivant une ligne oblique, étendue de deux pouces environ au dessous du sommet de l'acromion jusqu'à l'endroit où le bord postérieur de l'aisselle s'unit au bras. Cette incision étant achevée, le couteau est porté en avant, entre l'os et les chairs antérieures, de manière à ce que sa pointe vienne sortir au dessous du bord antérieur de l'aisselle, et les parties molles sont ensuite coupées suivant une direction parfaitement semblable à celle de la section précédente. Les deux lambeaux étant détachés et relevés par un aide, les parties antérienre, postérieure et externe de la jointure sont à découvert, la capsule, ainsi que les tendons qui la recouvrent, peuvent être aisément divisés, et l'instrument étant parvenu au côté interne de l'humérus, on achève l'ablation du membre par la section des tégumens de l'aisselle et des vaisseaux préalablement saisis et comprimés par un aide, ainsi que nous l'avons indiqué plus haut.

La plaie qui résulte de cette opération doit être parfaitement symétrique; ses deux parties, divisées en haut par l'incision longitudinale du deltoïde, sont réunies en bas, où leurs bords s'unissent au milieu du creux de l'aisselle. Il ne doit se trouver à cet endroit ni tégumens exubérans, ni surtout de troisième lambeau, susceptible de s'opposer à la réunion exacte des lèvres de la plaie, que l'on opère d'avant en arrière.

Dupuytren simplifia cette opération et la rendit d'une exé-

cution plus rapide. Le bras du malade étant élevé jusqu'à former un angle droit avec le tronc, le talon d'un couteau ordinaire est porté un peu en avant du sommet de l'acromion. De là on coupe d'une main ferme toutes les chairs qui composent la face postérieure de l'aisselle. Cette première section donne lieu à un lambeau qui, étant relevé, laisse à découvert la partie postérieure de l'articulation. Le coude est alors incliné en avant et appliqué au thorax, de manière à rendre saillante la tête de l'humérus. La capsule et les tendons du sous-épineux et du petit rond sont coupés sur elle, et le couteau, porté entre les surfaces cartilagineuses, parvient aisément au devant de l'os du bras. On termine l'opération en formant le lambeau antérieur, dans l'épaisseur duquel on fait comprimer l'artère axillaire avant de la couper.

Ce procédé a les mêmes résultats que ceux de Desault et de Larrey; il se rapproche plus encore de celui de ce dernier chirurgien, si, comme le conseillait Béclard, on fait le lambeau antérieur aussitôt après le postérieur, de manière à achever l'opération par l'ouverture de l'article et la section des parties molles du creux de l'aisselle, et des vaisseaux.

Dans ce que Lisfranc se plaît à nommer une *nouvelle méthode* pour exécuter l'ablation du bras, on retrouve encore les traits principaux des procédés qui viennent d'être décrits. En effet, le bras étant écarté du tronc, le chirurgien, placé derrière le malade, embrasse, suivant cette manière d'opérer, le moignon de l'épaule et soulève les chairs qui composent sa face postérieure. Alors un couteau interosseux, étroit et allongé, est plongé au côté externe du bord postérieur de l'aisselle, devant les tendons des muscles grand dorsal et grand rond, la lame étant disposée de manière à ce que son bord supérieur soit un peu incliné en avant, et son bord inférieur en arrière. La pointe de l'instrument, portée en haut, arrive contre la voûte acromio-claviculaire. Alors on fait exécuter au couteau un mouvement de bascule, à l'aide duquel sa pointe est abaissée et son manche élevé, de manière qu'en continuant de le pousser, il vienne sortir au côté externe de l'espace compris entre les apophyses acromion et coracoïde. Cela fait, tandis que le manche demeure à peu près immobile, le bout de la lame incise les parties molles en bas et en dehors, et contourne la tête de l'os. Lorsqu'elle est dégagée d'entre cette éminence et l'acromion, la totalité de l'instrument doit agir pour former le lambeau postérieur qu'un aide relève. L'articulation se trouve largement ouverte en arrière, et le chirurgien, tenant la main basse et incisant du talon à la pointe du couteau, le glisse en avant, au côté interne de l'humérus. L'instrument est alors porté le long de l'os dans l'éten-

due de trois pouces environ ; puis les parties qui doivent former le lambeau antérieur sont coupées au devant des doigts d'un aide, qui comprime dans leur épaisseur les vaisseaux axillaires.

Chez les jeunes sujets, dont le sommet de l'acromion et l'extrémité de la clavicule sont encore à l'état cartilagineux, le procédé dont il est question peut être plus facilement exécuté. Le chirurgien doit alors appliquer le talon du couteau au côté externe du sommet de l'apophyse coracoïde, d'où il le dirige en bas et en arrière, et après lui avoir fait parcourir l'étendue d'environ deux pouces, le conduit en remontant vers le creux de l'aisselle, dont il divise le bord postérieur. Le lambeau qui se trouve ainsi formé est aussitôt relevé, et l'on continue l'opération comme sur les sujets adultes.

Après toutes ces extirpations du bras, les lambeaux doivent être rapprochés et maintenus en contact à l'aide d'emplâtres agglutinatifs. Les ligatures qui ont servi à lier les vaisseaux, seront rassemblés à la partie la plus déclive de la plaie. Des plumasseaux, enduits de cérat, des compresses et un bandage composé d'une longue et large bande fendue en deux chefs, dont les circonvolutions embrassent le tronc et l'épaule, composent l'appareil de pansement ; la plaie doit être traitée ensuite comme toutes les solutions de continuité simples et graves.

Tels sont les procédés les plus importans, et les seuls dont on fasse usage pour exécuter l'ablation du bras dans son articulation scapulo-humérale. Chacune des deux méthodes auxquelles ils se rattachent peut être rendue nécessaire par la destruction des parties antérieure, postérieure ou externe du moignon de l'épaule, et, dans ces cas, il faut bien se résoudre à pratiquer celle que la nature de la lésion rend seule possible ; mais lorsque tous les tissus extérieurs sont sains, sur laquelle doit s'arrêter le choix du praticien ? De quelque manière que le lambeau externe soit taillé, il reste toujours écarté en haut de la cavité glénoïde qui s'enfonce sous l'acromion au lieu d'être placée sur le même plan. Souvent ce lambeau ne peut entièrement recouvrir la partie inférieure de la plaie. Si, afin de prévenir cet inconvénient, on forme un lambeau interne ou axillaire, et qu'on le relève à la rencontre du premier, du pus s'amasse presque toujours à sa base, et y forme des abcès consécutifs qui retardent la guérison. Nous avons vu plusieurs exemples d'accidens de ce genre. La méthode opposée semble préférable sous tous les rapports. En effet, les deux lambeaux opposés, antérieur et postérieur, qui sont le résultat de sa pratique, s'étendent parallèlement suivant la direction du plus grand diamètre de la plaie. Leur réunion devient aussi simple que facile ; les ligatures étant rassemblées en un faisceau dirigé

en bas, elles forment une gouttière le long de laquelle le pus s'écoule facilement. La cicatrice qui succède à l'opération s'organise avec rapidité, et présente une ligne étroite, solide, peu difforme; jamais on n'observe ni les clapiers, ni les fusées purulentes étendues sous les tégumens, que détermine assez fréquemment, dans l'autre méthode, la nécessité de reporter en haut les parties molles de l'aisselle. Ces avantages sont de nature à ne permettre aucun doute sur la supériorité de la méthode qui les présente.

En soumettant à un sérieux examen les procédés dont nous avons parlé, on est d'abord conduit à écarter de la pratique tous ceux qui exigeaient soit la compression, soit la ligature préalable de l'artère axillaire. Ensuite, dans la première méthode, le procédé de Dupuytren se présente comme le plus digne des suffrages des praticiens. En effet, il est moins long à pratiquer que le procédé de La Faye, et présente toutes les dispositions qui ont pendant si long-temps fait préférer celui-ci à ceux de Le Dran, de Garengeot, de Sharp et de Bromfield. En suivant les règles établies par Champesme et Lisfranc, on n'obtient au contraire qu'un lambeau externe étroit, étranglé à sa base, où il est presque exclusivement formé par l'acromion, et semble menacé de gangrène, tant sont minces les parties à travers lesquelles doivent arriver les vaisseaux destinés à le nourrir. On trouve, en avant et en arrière de cette base, deux échancrures prolongées vers le tronc, qui restent béantes, et dont la cicatrisation ne pourra que difficilement s'opérer. Le procédé dont il s'agit peut être rapide dans son exécution; mais il fournit certainement une plaie moins favorable que celle qui résulte de l'opération de La Faye ou de Dupuytren, à une guérison sûre et prompte. D'ailleurs, la circonstance d'ouvrir la jointure dans le premier temps de la section des parties, est un avantage peu considérable, qui n'abrége que de peu le temps et les douleurs, et qui surtout ne doit pas engager à faire le sacrifice de ce qui peut exercer une heureuse influence sur l'issue de l'opération.

Parmi les procédés qui appartiennent à la seconde et à la plus avantageuse des méthodes d'extirper le bras, ceux de Larrey et de Dupuytren se présentent en première ligne. Les mêmes parties sont divisées dans tous deux d'une manière presque semblable, et, après l'opération, la plaie présente le même aspect, la même facilité à être réunie. Le procédé de Larrey présente toutefois exclusivement cet important avantage, de permettre la désarticulation complète du bras, sans qu'il soit nécessaire d'imprimer à l'humérus des mouvemens que les fractures rendent souvent impossibles ou excessivement douloureux. Le procédé de Lisfranc ne diffère de celui de Dupuy-

tren que par la manière dont l'instrument est dirigé pour former le premier lambeau. Or, cette modification n'ajoute que peu à la célérité de l'opération ; elle expose à des tâtonnemens, à des hésitations, et quelquefois à des piqûres multipliées, lorsqu'il s'agit de trouver le passage étroit, que le couteau doit suivre entre les saillies osseuses. Si cet inconvénient a lieu sur les cadavres, alors que toutes les parties sont relâchées, combien la difficulté ne sera-t-elle pas augmentée chez l'homme vivant, dont tous les muscles, contractés par la douleur, rapprochent avec violence les os les uns contre les autres ! Il faut avoir opéré dans les amphithéâtres et sur les blessés pour apprécier toutes les différences que présente alors la pratique des désarticulations. Cette opération a, dit-on, déjà réussi ; mais cette objection n'en est pas une. Nous ne prétendons pas dire qu'elle soit impraticable, et nous savons bien qu'il n'est pas de procédé, si vicieux qu'il soit, qui ne compte des succès ; mais nous voulons démontrer qu'elle présente plus de difficultés, plus de chances de longueurs et d'accidens que les autres, sans que ces imperfections soient compensées par aucun avantage particulier. D'ailleurs, il est toujours plus méthodique et plus utile de couper les parties molles de dehors en dedans avec le plein de l'instrument, que de les larder par des piqûres non moins douloureuses, qui n'abrégent pas sensiblement les opérations, et dont l'exécution entraîne toujours des inconvéniens de plus d'un genre, surtout lorsqu'on les pratique au milieu de saillies osseuses et de tissus fibreux plus ou moins serrés.

L'articulation scapulo-humérale est une de celles où l'on peut le plus utilement remplacer, dans un grand nombre de cas, l'amputation par la *résection* des surfaces articulaires. Boucher a établi, d'après un grand nombre de faits, que les plaies graves avec fracas de la tête de l'humérus peuvent être souvent traitées avec succès au moyen de l'extirpation des pièces osseuses, pratiquée à travers de larges incisions faites aux parties molles de l'épaule. White, dans un cas de carie de la tête humérale, pratiqua une incision étendue du sommet de l'acromion à la partie moyenne du bras, coupa, en écartant les lèvres de la plaie, les liens articulaires, fit sortir l'extrémité de l'humérus, et en retrancha ce qui était malade. Percy et Sabatier exécutèrent ensuite cette opération dans les cas de coups de feu avec fracture comminutive à l'articulation, et furent imités par plusieurs des chirurgiens militaires les plus distingués. Le procédé de Moreau, pour exécuter cette opération, consiste à pratiquer d'abord un lambeau semblable à celui de Lafaye, mais qui, au lieu d'être détaché en bas, et ensuite relevé, doit être au contraire cerné en haut

par une incision transversale faite au dessous de l'acromion, et ensuite disséqué de haut en bas et renversé sur le bras. Ce lambeau, étant ainsi abaissé, Moreau coupait les liens articulaires, dégageait la tête de l'humérus, et la retranchait. Si le désordre était borné à cette partie, il replaçait l'os dans sa situation, maintenait le lambeau relevé et réappliqué par deux points de suture, et le malade, pansé simplement, regagnait son lit; mais lorsque l'angle antérieur de l'omoplate présentait aussi des traces de la maladie, Moreau continuait la plaie en avant le long de la clavicule, en arrière vers l'épine de l'omoplate, et formait ainsi un nouveau lambeau qui, étant relevé, permettait d'emporter le reste du mal avec la gouge et le maillet.

Il est évident que ce procédé peut être utilement remplacé par la simple pratique du lambeau ordinaire de Lafaye, exécuté suivant le procédé de Dupuytren. Ce lambeau étant relevé permet de découvrir toute la partie extérieure de la jointure, de l'ouvrir, de faire saillir la tête de l'humérus et de la retrancher. Si la cavité glénoïdale était aussi cariée, on pourrait se donner du jour en unissant en avant et en arrière les angles de la plaie, afin d'allonger le lambeau, et l'on arriverait facilement jusqu'à elle. De cette manière, les divisions ne seraient ni aussi nombreuses, ni aussi compliquées, et le lambeau, détaché en bas, s'appliquerait plus exactement à la plaie, et permettrait un écoulement plus facile du pus que deux portions de chair réunies vers le milieu de la division, et dont l'inférieure peut aisément retenir à sa base tous les produits de la suppuration. Il serait possible encore, et peut-être plus favorable, parce qu'on ménagerait la plus grande partie du deltoïde et surtout son attache inférieure, d'attaquer l'articulation en arrière, en pratiquant le premier lambeau du procédé de Dupuytren, suivant la seconde méthode pour l'amputation. La tête humérale peut être facilement dégagée par cette voie, la plaie serait moins profonde, l'écoulement du pus plus facile, et les organes du mouvement du bras mieux ménagés. Nous n'hésiterions pas à préférer ce procédé à tous les autres.

SCARIFICATEUR, s. m., *scarificator;* instrument destiné à pratiquer sous la peau des incisions plus multipliées que profondes, auxquelles on donne le nom de scarification. Le bistouri droit, à tranchant convexe, est le plus simple et peut-être le meilleur scarificateur. Larrey a fait construire, afin de remplacer cet instrument, une sorte de flamme, analogue à celle dont les vétérinaires se servent pour pratiquer la saignée; mais le tranchant étroit et très-convexe de ce nouveau scarificateur est difficilement entretenu, et ne pénètre souvent pas assez

profondément dans les parties. Les Allemands font usage d'une sorte de boîte de cuivre dans laquelle sont cachées seize lames de lancettes qu'un ressort fait mouvoir, et qui, sortant avec rapidité par des fentes ménagées à cet effet, pratiquent instantanément seize incisions aux tégumens que l'on soumet à leur action. Ce scarificateur est peu usité parmi nous; il fait des mouchetures plutôt que des incisions aux parties, et ne convient que dans les cas où l'application des ventouses doit être accompagnée de l'écoulement d'une certaine quantité de sang.

SCARIFICATION, s. f., *scarificatio;* petite incision faite aux parties molles avec le bistouri, la lancette ou tout autre instrument analogue.

Les scarifications peuvent être pratiquées avec avantage sur toutes les régions du corps. La conjonctive, la membrane pituitaire, la langue, les gencives et la voûte palatine sont, parmi les surfaces recouvertes par les membranes muqueuses, celles qui sont le plus fréquemment soumises aux opérations du même genre. Lorsque les scarifications doivent être superficielles et peu étendues, la lancette est l'instrument qui convient le mieux pour les exécuter. La partie étant convenablement tendue, on y passe avec rapidité la pointe de l'instrument, non en l'enfonçant d'abord pour la retirer en relevant la main, ce qui constituerait une ponction, mais en la promenant sur le tissu, comme on le ferait de la lame du bistouri. Il ne convient d'employer l'autre procédé que quand les mouchetures doivent être à la fois très-peu étendues et profondes. Lorsque l'on fait usage du bistouri, les parties étant également tendues avec la main gauche, le tranchant de l'instrument est rapidement passé sur la peau, de manière à ne l'entamer que superficiellement, et à y multiplier les divisions dans un petit espace.

Les mouchetures, plus que les scarifications, sont quelquefois employées afin de réveiller la vie dans les parties au moyen de l'irritation et de la phlogose qu'elles y déterminent. On ne doit pas alors s'attacher à les faire saigner; et loin de les recouvrir de topiques émolliens, il est utile de favoriser, par des applications stimulantes, la réaction vasculaire qu'elles doivent provoquer. Les parties qui sont le siége de bouffissures, d'engorgemens blancs, de paralysie, sont quelquefois avantageusement stimulées par ce moyen.

Lorsque l'on se propose, à l'aide des scarifications, d'évacuer la sérosité épanchée dans le tissu cellulaire sous-cutané, il importe de ne pratiquer que des mouchetures peu étendues et rares, afin que la phlogose qui doit en résulter soit peu considérable, et n'entraîne pas la gangrène. Ce précepte doit surtout être suivi dans les infiltrations séreuses du scrotum, où

l'inflammation gangréneuse a une si grande tendance à se développer.

On pratique encore des scarifications dans les cas de gonflement sanguin extrême de quelques organes spongieux et vasculaires, comme les gencives, la langue, etc. Il faut proportionner alors la profondeur des incisions au volume anormal des parties, et ne pas oublier que des divisions d'abord effrayantes se réduisent à de simples égratignures, lorsque les tissus ont repris leur état normal.

Les scarifications sont aussi employées sur les parties gangrenées, afin de fournir une issue aux sucs putrides qui les engorgent, et de donner les moyens de faire parvenir les topiques jusqu'au parties saines sous-jacentes. Dans ces occasions, l'instrument tranchant doit diviser tout ce qui est frappé de mort, et s'arrêter aussitôt que la douleur et l'écoulement d'un sang non altéré annoncent qu'il atteint des tissus encore doués de la vie; de douces pressions doivent alors favoriser le dégorgement des parties, et l'on remplit ensuite les incisions de poudres absorbantes, ou on les recouvre de plumasseaux trempés, soit dans des décoctions émollientes, soit dans les dissolutions de chlorures alcalins, qui constituent les anti-putrides les plus actifs et les plus sûrs que nous possédions.

Lorsque les scarifications sont faites pour provoquer des saignées locales, comme à la suite de l'application des ventouses, il importe de favoriser, à l'aide de lavages répétés avec l'eau tiède, l'écoulement du sang et le dégorgement complet des vaisseaux. La vapeur de l'eau chaude ou l'immersion des parties dans ce liquide sont d'excellens moyens d'augmenter alors l'abondance des évacuations sanguines.

SCARLATINE, s. f., *scarlatina*, *rosalia*, *rossalia*, *purpura*, *febris rubra*; phlegmasie de la peau caractérisée par de larges taches écarlates confluentes, ordinairement accompagnée d'angine, souvent de la gastrite; elle est contagieuse selon plusieurs auteurs, et n'attaque qu'une seule fois pendant la vie, du moins ordinairement.

Dans les cas où l'inflammation ne s'étend pas au delà de la peau, ce qui constitue la scarlatine simple, les symptômes sont d'abord un sentiment de lassitude, des horripilations, une chaleur légère le soir; puis, le deuxième ou le troisième jour, des taches d'abord d'un rouge peu foncé, puis écarlates, quelquefois petites, ordinairement larges, confluentes d'abord sur la face, au cou, à la poitrine, sur les bras et promptement sur toute la peau qui, dans plusieurs régions, notamment aux bras, paraît peinte en rouge. La peau est chaude, brûlante, prurigineuse, sèche et sensible au toucher. Après deux ou trois jours, les taches pâlissent et disparaissent peu à peu, en même temps

que d'autres paraissent. En six ou huit jours, toutes ont disparu ; la peau se couvre d'une sorte de farine, effet de la desquamation de l'épiderme, et conserve de la sensibilité. Dans cette nuance de la scarlatine, le pouls est accéléré, plein, mais non d'une manière notable ; l'appétit, le sommeil se conservent à peu près comme dans l'état de santé ; quelques sujets même restent levés.

D'autres fois, quoique ni les yeux, ni la gorge, ni l'estomac ne soient enflammés, le pouls est plein, fort, vif et fréquent ; il y a des palpitations ; il survient des épistaxis ; le sang que l'on tire par la veine se couvre d'une couenne.

Une troisième nuance de la scarlatine est celle dans laquelle à l'inflammation de la peau se joint l'inflammation des membranes muqueuse gutturale et gastrique, et même oculo-nasale et bronchique. La maladie débute par la tristesse, la lassitude, la pesanteur de la tête, l'enrouement, la chaleur à la gorge, de la douleur aux amygdales, la constipation, ou une légère diarrhée ; les yeux sont rouges, les larmes coulent, les paupières se tuméfient, le malade éternue souvent ; il tousse sans expectorer ; tous ces symptômes sont moins intenses pour l'ordinaire que dans la rougeole ; le soir, ils s'exaspèrent, l'agitation et la sueur sont plus intenses ; parfois il survient de l'assoupissement et même quelquefois des convulsions ; la bouche est amère dans certains cas, l'épigastre douloureux, et il y a des vomissemens bilieux ; mais ces phénomènes sont moins prononcés que dans la variole. L'inflammation de la gorge est caractérisée par la gêne de la déglutition, la rougeur et le gonflement des amygdales, des piliers du voile du palais, du pharynx, un sentiment de constriction autour du cou, une salivation copieuse, ou plutôt une sécrétion abondante de tous les liquides buccaux, souvent alors sanguinolens ; la langue est rouge, couverte d'aphthes à sa base, et paraît dépouillée de son épiderme ; des taches blanchâtres, formées par un liquide puriforme, quelquefois des aphthes couvertes d'une fausse membrane, se manifestent sur les amygdales et les parties voisines ; parfois l'inflammation s'étend aux glandes maxillaires et parotides, qui se tuméfient et deviennent douloureuses au toucher ; au larynx, à la trachée-artère ; d'où, gêne de la respiration, menace de suffocation, aphonie, timbre métallique, voix croupale ; le pouls est plein, fréquent, ou vibrant et dur ; il y a souvent une hémorragie nasale.

Après que ces divers symptômes ont duré de deux à trois ou quatre jours, on voit paraître l'éruption, qui se compose des taches dont nous avons parlé ; quelquefois elles commencent par les membres ; parfois elles ont une teinte vineuse ; le plus ordinairement elles sont accompagnées d'une tuméfac-

tion légère de la peau, et très-prononcée du tissu cellulaire sous-cutané, remarquable surtout aux doigts, dont la flexion et l'extension se trouvent gênées; quelquefois ces taches apparaissent dès le premier jour, et même avant les horripilations.

L'aspect des taches qui caractérisent la scarlatine varie beaucoup; quelquefois elles ne sont pas plus étendues que les pétéchies, les piqûres de puces; mais ordinairement elles le sont beaucoup plus, et toujours elles s'étendent rapidement, se touchent, se confondent, forment des plaques très-larges, irrégulières, et couvrent les avant-bras et les mains en entier. D'abord d'un rouge peu foncé, elles acquièrent promptement la teinte qui a fait donner le nom de scarlatine à la maladie; parfois elles deviennent vineuses, couleur lie de vin; si on appuie le doigt, la peau pâlit dans l'endroit comprimé, et redevient rouge aussitôt; elles sont accompagnées d'un vif sentiment de chaleur, de démangeaison, de picotement douloureux.

Lorsque l'inflammation s'étend à la membrane muqueuse gastro-intestinale, on voit survenir les phénomènes caractéristiques de la gastrite, de la gastro-entérite, quelqufois ceux de l'entérite seulement. Si la phlegmasie viscérale est intense, le traitement stimulant, on voit survenir les phénomènes adynamiques; si l'encéphale et ses membranes s'affectent, ceux que l'on appelle ataxiques se manifestent, on observe les signes de la méningite, de l'encéphalite, de la congestion cérébrale, de l'hydrocéphale.

Soit que les complications aient peu d'intensité ou d'étendue, soit que l'inflammation de la peau qui les provoque soit elle-même peu grave, quand la maladie se termine favorablement, vers le sixième ou septième jour, la langue s'humecte, devient muqueuse à sa base; une sueur abondante se manifeste le soir; un sédiment blanchâtre et féculent se dépose au fond de l'urine, ou bien une légère diarrhée se manifeste; quelquefois la sueur reparaît une seconde fois le huitième ou le neuvième jour.

Alors l'épiderme tombe en écailles, en lambeaux, ou sous la forme des parties, des doigts surtout, quelquefois à la langue; les ongles tombent aussi quelquefois; des mucosités coulent du nez, ou sont expectorées; les couches membraniformes de l'arrière-bouche se détachent et sont rejetées, les aphthes guérissent.

L'accélération du pouls, la chaleur de la peau, sa sécheresse, se prolongent assez souvent après la desquamation; le gonflement des glandes salivaires persiste, augmente ou se manifeste; quelquefois même il s'y forme de la suppuration. Dans des cas plus graves, les méninges, l'encéphale, les viscères abdo-

minaux ou thoraciques s'enflamment, et manifestent leurs symptômes les plus intenses; d'autres fois, ce sont les articulations ou les muscles; ceux-ci se tuméfient, cessent de se contracter, sont douloureux au toucher, et n'obéissent plus à la volonté. La peau reste souvent douloureuse; souvent aussi la pression détermine des douleurs non pas précisément à la peau, mais sous elle, dans le tissu cellulaire sous-cutané, et c'est dans les cas de ce genre qu'on doit redouter l'anasarque consécutive, accident si fréquent à la suite de la scarlatine.

L'anasarque, quand malheureusement elle survient, ce qui a lieu surtout en hiver, et chez les enfans, par suite du froid, s'annonce, vers le quatorzième ou dix-huitième jour, par un sentiment de lassitude, de langueur, de tristesse, de dégoût, de l'insomnie, un retour de la difficulté dans la déglutition, la fréquence du pouls, la chaleur de la peau, la rareté de l'urine, qui est semblable à de la lavure de chair, sanguinolente ou brune, noirâtre; une anxiété précordiale, des inquiétudes se font sentir; la face se tuméfie, les paupières s'œdématient, se rapprochent, se ferment; les pieds, les jambes, les cuisses, et successivement tout le corps se tuméfie; la fluctuation d'un liquide se fait remarquer à l'abdomen; il y a toux sèche et dyspnée. Le sujet périt quelquefois avec les symptômes de l'hydrocéphale ou de l'hydrothorax, mais toujours avec ceux de l'ascite. L'hydropisie du tissu cellulaire est souvent peu grave à la suite de la scarlatine.

Il arrive assez souvent qu'après la guérison de la scarlatine on voit successivement survenir une bronchite, une inflammation du nez, une ophthalmie, une arthrite, une inflammation musculaire, une entérite, et cela chez le même sujet, qui à peine cesse de souffrir d'une de ces phlegmasies, qu'une autre recommence.

Il importe de se persuader, conformément à l'observation, que les inflammations des organes des sens ou des viscères, qui compliquent si souvent l'inflammation de la peau dans la scarlatine, ne se manifestent pas toujours avant l'éruption; elles ont lieu avant, pendant ou après elle, et souvent elles se distribuent, pour ainsi dire, pendant les prodromes, durant la maladie et après : c'est ainsi que nous avons observé chez un même sujet une angine avant et pendant l'éruption, une laryngo-bronchite pendant celle-ci, une ophthalmie après, puis une diarrhée. Chez ce sujet, la scarlatine avait succédé à la rougeole, après quelques semaines. Considérée dans l'éruption elle-même, la scarlatine est *lisse* quand il n'y a que coloration écarlate de la peau; *miliaire* ou *pustuleuse* quand il se manifeste sur les taches rouges de petits boutons, de petites phlyctènes, et même de petites pustules. On lui donne le nom

16.

d'*angineuse* quand elle s'accompagne de l'inflammation de la gorge, et l'on en fait alors une espèce particulière; mais la fréquence de cette complication n'empêche pas qu'alors il y ait complication de deux phlegmasies ou phlegmasie de deux organes, et rien de plus. C'est une idée barroque d'appeler *scarlatine* une angine simple qui survient dans le cours d'une épidémie de scarlatine. La scarlatine *putride*, *maligne*, *nerveuse*, *typhode*, n'est rien autre que la complication de la scarlatine avec une phlegmasie viscérale ou membraneuse de la tête, de la poitrine ou de l'abdomen. La gangrène termine quelquefois l'angine qui complique la scarlatine; de là une *scarlatine angino-gangréneuse*, surtout si la gangrène s'étend à la membrane gastro-intestinale: complication bien redoutable, rare, et qui ne sera bien connue que lorsqu'on l'aura observée de nouveau.

La contagion de la scarlatine est admise par Frank, Pinel, Bateman. Pinel rapporte qu'un jeune homme âgé de quinze ans, attaqué d'une scarlatine des plus violentes, avec fièvre gastrique, la communiqua aux deux personnes de service qui lui donnaient des soins; l'une d'elles eut un abcès à l'amygdale gauche; la mère du malade eut une simple éruption scarlatineuse sur la poitrine, avec une très-légère affection de la gorge; son instituteur eut en même temps un mouvement fébrile qui dura deux jours, avec une difficulté de la déglutition, mais sans éruption; deux parens du jeune homme, qui passèrent chacun une nuit auprès de lui, furent attaqués de la scarlatine, et l'un d'eux eut un abcès à l'amygdale droite; le frère du malade vint lui rendre visite, puis retourna chez lui après un voyage de quatre lieues, et fut frappé d'une scarlatine des plus vives, et mourut le quatrième jour de la maladie; après la convalescence du jeune homme, deux autres jeunes gens, dans l'âge de la puberté, et qui habitaient la même maison, furent successivement attaqués d'une scarlatine dont la marche fut très-simple et sans danger. Nous avons vu tout récemment la grand'mère d'une petite fille affectée de scarlatine, éprouver une violente angine peu après lui avoir donné des soins assidus; mais nous n'osons assurer qu'il y ait eu contagion dans ce cas.

La scarlatine affecte principalement les enfans et les adolescens, rarement les adultes; elle règne particulièrement dans les temps chauds et humides, le long des rivières, dans les lieux bas et humides. Elle a été souvent épidémique, et cela dans toutes les saisons, mais surtout vers l'équinoxe du printemps ou de l'automne. Sur deux mille cas, Willan ne l'a pas vue se reproduire une seule fois.

La scarlatine simple, chez un sujet qui n'a pas récemment

éprouvé de maladie aiguë intense, et qui n'a point de maladie chronique, est sans aucun danger; il suffit de préserver le sujet de l'impression du froid, de l'humidité et des boissons et alimens irritans, pour voir la maladie se terminer en peu de jours. La seule indication est de prévenir par ces précautions l'invasion des phlegmasies qui pourraient venir compliquer celle de la peau.

Toute scarlatine, au contraire, compliquée de quelque phlegmasie que ce soit, doit faire redouter ou un accroissement subit dans l'inflammation ou une nouvelle extension encore plus fâcheuse de la phlegmasie primitive ou secondaire. L'indication est de maintenir la phlegmasie à la peau, mais en la modérant; car il est à remarquer que cette inflammation est plus sujette à se compliquer d'inflammation viscérale qu'à disparaître pour être remplacée ensuite par une phlegmasie interne.

Par conséquent, relativement à l'éruption, on recommandera le séjour au lit, des couvertures légères, l'élévation de la tête, la diète, les boissons tièdes, mucilagineuses, édulcorées, des lavemens. Si l'irritation des yeux, de la gorge, des bronches, est légère, il ne sera pas nécessaire de tirer du sang. Mais on devra le faire si la peau est rouge dans toute son étendue ou dans la plus grande partie, le pouls dur et plein, si la chaleur de la peau va en augmentant, s'il y a de la céphalalgie, des tintemens d'oreille, si la vue de la lumière cause de la douleur, si la difficulté d'avaler est douloureuse, et à plus forte raison si l'on observe les symptômes d'une phlegmasie du poumon, de la plèvre, de l'encéphale, de ses membranes, de l'estomac ou des intestins. La gorge, la tête, le bas-ventre et la poitrine, telles sont les parties sur lesquelles il faut veiller, dans l'ordre où nous les énumérons. Il ne faut pas se dissimuler que si le traitement de la scarlatine simple ou compliquée, mais peu intense, est très-facile, et consiste dans de simples précautions, il est fort difficile de modérer l'inflammation de la peau et celle des viscères quand cette maladie s'annonce avec un caractère de gravité. Sydenham et Frank ont dit formellement que la saignée générale ne contrariait nullement l'éruption. Mais Frank recommande les vomitifs quand il y a des symptômes gastriques, et restreint aux premiers jours l'utilité de la saignée dans la scarlatine gastro-nerveuse; toutefois, s'il proscrit, on ne sait pourquoi, la saignée dans la scarlatine pure et inflammatoire, il proscrit également le vomitif dans cette nuance de la maladie; ensuite il recommande la saignée quand l'angine est considérable, et les sangsues chez les enfans.

La vérité est que la scarlatine ne doit pas être traitée comme

une maladie unique, et qu'il ne faut pas avoir égard seulement à l'état de la peau, quand en même temps un autre organe est enflammé. Il faut agir contre les deux phlegmasies, mais surtout contre l'interne; saigner quand les signes d'excitation vasculaire sont prononcés; employer des sangsues contre l'angine, avec d'autant plus de rareté que, si elles tirent du sang, elles déterminent une légère irritation à la peau; disséminer des sangsues sur toutes les régions les plus enflammées de la peau, quand le tissu est très-enflammé; se garder de maintenir une trop grande chaleur autour de la peau, et en même temps de refroidir subitement ce tissu; diriger des applications de sangsues convenables contre les autres phlegmasies, et attendre quelque chose du temps, dans cette inflammation comme dans toutes les autres.

Bateman recommande les laxatifs modérés dans la scarlatine simple, moyens que les lavemens remplacent chez nous. Il rejette la saignée, et préfère la provocation modérée des selles par le calomélas, l'usage des boissons et des applications froides dans la scarlatine angineuse; il rejette les vomitifs, les forts purgatifs, les cordiaux, les stimulans, les antimoniaux, les diaphorétiques; mais ce qu'il dit de l'utilité de l'eau froide employée à l'extérieur, dans cette maladie, mérite d'être cité textuellement : « Nous ne possédons en médecine aucun agent, je n'excepte pas même la saignée dans une inflammation aiguë, qui agisse sur les fonctions de l'économie animale avec autant d'efficacité, de sûreté et de promptitude, que l'application de l'eau froide sur la peau pendant la chaleur la plus forte de la fièvre scarlatine et de toute autre fièvre; ce moyen réunit en lui-même toutes les propriétés indiquées dans cet état morbide, et que nous devions à peine nous attendre à posséder; ce moyen est non-seulement le fébrifuge le plus efficace, le grand fébrifuge; mais c'est, dans le fait, le seul sudorifique, le seul calmant, qui ne trompera pas le praticien dans ces circonstances. J'ai eu, dans un grand nombre de cas, la satisfaction de voir s'améliorer sur-le-champ les symptômes et s'opérer un changement subit dans la physionomie du malade, à l'aide de lotions froides faites sur la peau. Dans l'espace de quelques minutes, le pouls a diminué de fréquence, la soif s'est affaiblie, la langue s'est humectée, une transpiration générale s'est établie, la peau est devenue douce et moite, les yeux se sont ranimés, et ces signes caractéristiques de l'amélioration des symptômes ont été promptement suivis du calme et d'un sommeil réparateur. A la vérité, lorsque la chaleur morbide s'est ainsi dissipée, elle est sujette à se reproduire et à faire reparaître avec elle les symptômes alarmans; mais la répétition de ce remède est suivie comme la première

fois. » Ce médecin fait laver la peau avec de l'eau froide ou avec l'eau froide et le vinaigre, plus ou moins fréquemment et d'une manière plus ou moins étendue, en prenant pour guide la violence de la chaleur. Mais pour que ce moyen produise de bons effets, il ne faut le mettre en pratique que lorsque la peau est *brûlante* et *sèche*, car il s'agit, non pas de faire cesser la sueur quand elle a lieu, mais de la provoquer quand elle ne se montre pas.

Ce moyen révulsif peut avoir en effet des avantages; mais il est susceptible d'être nuisible et même funeste quand on néglige de pratiquer les émissions sanguines exigées par l'état vibrant du pouls, par les phlegmasies qui compliquent celle de la peau, et quand il y a imminence de pleurésie, de pneumonie, ou simplement bronchite aiguë, ou soit pleurésie, soit pneumonie chronique. Bateman lui-même rejette les lotions froides dans la scarlatine maligne, et il penche pour l'administration des cordiaux, par une contradiction dont il est de si nombreux exemples. Nous ne croyons pas qu'en employant les lotions froides dans la scarlatine on répercute une humeur; mais n'y a-t-il pas de l'inconvénient à employer ce moyen perturbateur dans une maladie dont la convalescence s'accompagne si souvent d'anasarque? celle-ci ne se manifestera-t-elle pas d'autant plus que l'inflammation de la peau ayant avorté, celle du tissu cellulaire sous-jacent est devenue latente?

Quoi qu'il en soit, nous croyons qu'il faut être très-circonspect dans l'emploi du froid durant la scarlatine, en raison de la cécité, du coma, que l'on voit parfois survenir à la suite de cette maladie, et qui, souvent passagers, quelquefois permanens, ne peuvent être attribués qu'à une altération sympathique peu connue, et par cela même plus redoutable. On les combat heureusement dans la plupart des cas par les révulsifs. A l'égard de l'anasarque et de l'ascite, quand on n'a pu les éviter, quoiqu'on ait soustrait le sujet, pendant plusieurs semaines, à l'action de l'air, après la cessation de l'inflammation de la peau, il faut recourir, selon Frank, à la saignée, quand il y a douleurs articulaires, chaleur à la peau, pouls plein et dur, soif, urine colorée, et alors même que le pouls est petit, concentré, la toux sèche, âpre, avec chaleur ardente. A la saignée il joint le nitre, le petit lait, et ne permet les diurétiques, les toniques, les purgatifs, que lorsqu'il ne reste plus aucun signe d'inflammation, et seulement quand tout dénote la faiblesse, la laxité des solides. Ces conseils sont fort sages; mais Frank aurait dû se dispenser de recommander les antimoniaux, le laudanum, le camphre, quand il y a des symptômes nerveux.

Quand la scarlatine se supprime tout à coup, les sinapismes doivent être appliqués sur toutes les parties où l'inflammation s'était manifestée; c'est un moyen puissant quand on y a recours sans le moindre délai, et qu'il faut aider souvent par la saignée quand le sujet est menacé d'une congestion cérébrale ou d'une inflammation de la plèvre, et surtout du poumon.

J. Frank dit qu'à l'ouverture des cadavres, dans la scarlatine, on trouve la peau tantôt rouge, tantôt livide, tantôt barriolée; l'épiderme se détache aisément, et l'on remarque les autres indices d'une putréfaction prématurée; parfois un ichor sanguinolent découle du nez et de la bouche. Souvent les vaisseaux sanguins du crâne sont turgescens, les méninges et la superficie du cerveau enflammées, les ventricules remplis de sérosité. Une couche membraniforme enduit l'arrière-bouche; une substance analogue se trouve aussi dans le tissu cellulaire situé entre les muscles du cou. On observe de même la gangrène de l'isthme du gosier et du pharynx, jusqu'à l'œsophage, quelquefois même celle de la trachée-artère et du tube intestinal, qui semblent dépourvus de leur membrane interne. Les poumons sont très-souvent plongés dans une abondante sérosité, et intacts ou colorés en rose; on a observé, en pareil cas, l'hydropisie de leur tissu, au rapport de Clark; d'autres fois il y a hydropisie du péricarde, tuméfaction œdémateuse énorme du scrotum. Enfin, on trouve fréquemment des traces de maladies chroniques, surtout du foie, de la rate et du mésentère. Combien de recherches à faire aujourd'hui, soit au lit des malades, soit dans les cadavres, pour compléter l'histoire de la scarlatine!

SCIATIQUE, adj., *sciaticus;* épithète donnée par les anatomistes à plusieurs parties du corps.

L'*échancrure sciatique* est située au bord postérieur de l'ischion, entre la tubérosité et l'épine.

L'*épine sciatique* est un prolongement en arrière et en dedans du bord postérieur de l'ischion.

Le *nerf sciatique*, le plus gros et le plus long de tous ceux du corps entier, est la véritable terminaison du plexus sciatique, avec lequel il se continue d'une manière immédiate, et dont toutes les branches contribuent à sa formation. Il sort du bassin par l'échancrure sciatique, entre le muscle pyramidal et les jumeaux de la cuisse. Après avoir fourni une branche considérable à l'obturateur interne, une autre qui va se perdre dans le carré de la cuisse, une troisième qui s'unit au nerf fessier inférieur, plusieurs rameaux destinés aux muscles fléchisseurs de la cuisse, le nerf cutané postérieur moyen, qui descend sous la peau de la face postérieure de la cuisse et de la jambe, jusqu'au mollet, enfin, le nerf cutané postérieur

inférieur, qui se comporte en partie comme le précédent, et en partie aussi se répand dans le ligament capsulaire de l'articulation du genou, il se partage en deux branches, l'une interne, le nerf TIBIAL, l'autre externe, plus petite, le nerf PÉRONIER. Cette scission a lieu ordinairement à la partie moyenne de la cuisse, assez souvent néanmoins plus haut, et même quelquefois au dessus de la tubérosité sciatique, en sorte que les deux branches, séparées alors par le muscle pyramidal, descendent, l'externe derrière, et l'interne devant lui.

Le *plexus sciatique* ou *sacré* est situé dans l'excavation du bassin, en arrière et sur les côtés, devant le muscle pyramidal, derrière les vaisseaux hypogastriques. Il doit naissance à la branche antérieure du cinquième nerf lombaire et à celles des quatre premières paires sacrées. En dehors, il se continue avec le nerf sciatique, car les branches qui le constituent, au lieu de s'envoyer réciproquement des rameaux, et de constituer ainsi une espèce de réseau, se joignent immédiatement les unes aux autres, de manière à donner naissance à un gros tronc nerveux. Ce plexus fournit un assez grand nombre de branches, dont les antérieures portent le nom de nerfs *hémorroïdaux*, *vésicaux*, *utérins* et *vaginaux*, et les postérieures celui de *nerfs fessier inférieur* et *honteux*.

La *tubérosité sciatique* est une grosse éminence, arrondie et très-épaisse, que présente la partie inférieure de l'os des îles, qui donne attache à plusieurs muscles, et sur laquelle le corps repose quand on est assis.

SCIATIQUE, s. f., *coxæ dolor*, *dolor ischiaticus*, *malum coxendicum*, *morbus coxarius*, *ischias*, *ischias nervosa*, *nevralgia sciatica*. Sous le nom de *douleur sciatique* ou seulement de *sciatique*, on désignait jadis et la douleur causée par l'inflammation de l'articulation COXO FÉMORALE, et celle qui est due à l'affection des nerfs sciatique et crural, connue aujourd'hui sous les noms de *névralgie fémoro-poplitée* et *névralgie fémoro-prétibiale*. *Voyez* NÉVRALGIE.

SCILLE, s. f., *scilla;* genre de plantes de l'hexandrie monogynie, L., et de la famille des liliacées, J., qui a pour caractères : corolle à six pétales ouverts et caducs; capsule presque ronde, à trois valves, à trois loges et polysperme.

La *scille maritime*, *scilla marima*, belle plante qui croît sur les bords de la mer, dans les parties méridionales de l'Europe, jouit d'une réputation colossale en médecine, où l'on emploie de temps immémorial son oignon. Cet oignon, dont le volume égale souvent celui de la tête d'un enfant, est pyriforme et couvert à l'extérieur de plusieurs tuniques minces, sèches et papyracées. On trouve au dessous des écailles ovales, charnues, le plus souvent rouges, quelquefois blan-

ches, et d'autant plus épaisses qu'elles sont plus profondes. Il exhale une odeur piquante, qui irrite les yeux et le nez. Sa saveur, d'abord mucilagineuse, ne tarde pas à devenir amère et assez désagréable; son suc excite du prurit aux mains.

Vogel, qui en a fait une analyse très-exacte, y a trouvé un principe âcre et volatil, qui se décompose à la chaleur de l'eau bouillante, de la gomme, un principe amer et visqueux particulier, la *scillitine*, du tannin, du citrate de chaux et de la matière sucrée.

Une foule de faits se réunissent pour constater l'énergie puissante avec laquelle la scille agit sur l'économie. Les animaux qui en mangent ne tardent pas à périr, et Orfila a reconnu qu'il suffit, pour leur donner la mort, de l'appliquer à l'extérieur, dans l'épaisseur des chairs. On connaît aussi plusieurs exemples de personnes qui ont été empoisonnées par de trop grandes doses de cette substance, et après la mort desquelles on trouva l'estomac enflammé. Elle agit donc en irritant avec force les tissus, et de cela seul on doit conclure qu'elle ne convient jamais quand il y a un état d'irritation ou d'inflammation, qu'elle ne manquerait pas d'exaspérer.

On l'a surtout préconisée comme béchique et diurétique. Il est de fait qu'elle augmente en général l'expectoration, et que presque toujours elle active la sécrétion urinaire, même lorsqu'on l'administre à l'extérieur en frictions; aussi l'a-t-on conseillée dans tous les genres d'hydropisies, où elle a parfois réussi.

L'administration de la scille demande beaucoup de prudence; car, pour peu qu'on en donne trop, elle excite des nausées et des vomissemens; elle produit souvent aussi un effet purgatif, même à faible dose.

On l'administre de différentes manières. La poudre se prescrit à la dose d'un demi-grain à un grain et demi, qu'on peut répéter une ou deux fois dans les vingt-quatre heures. L'infusion acéteuse sert à préparer l'oximel scillitique, médicament fort employé, à la dose d'un gros à deux par verre de tisanne, répétée une à deux fois par jour, ou à celle d'une once dans des potions destinées à être prises d'heure en heure par cuillerées. L'infusion vineuse se donne aussi intérieurement, à la dose d'une cuillerée à bouche chaque matin; on l'emploie également en frictions, quoique la teinture alcoolique soit préférée pour ce dernier usage, auquel on n'en doit consacrer qu'un gros ou deux à la fois, dans la crainte de produire des accidens semblables à ceux qui éclateraient si la scille avait été introduite dans l'estomac.

SCILLITINE, s. f.; nom donné par Vogel à une substance blanchâtre, transparente, à cassure résineuse, excessivement amère, soluble dans l'eau, qu'elle rend visqueuse, soluble aussi

dans le vinaigre, et ne donnant pas d'acide mucique quand on la traite par l'acide nitrique, qui existe dans la scille, dont elle forme environ les trente-cinq centièmes. Fouquier la regarde comme le principe le plus efficace de ce bulbe.

SCISSURE, s. f.; nom donné par les anatomistes à tout enfoncement et à toute fente d'un organe qui livre passage à des vaisseaux ou à des nerfs.

La *scissure de Glaser* est une fente étroite de la cavité glénoïde de l'os temporal qui pénètre dans la caisse du tympan.

La *scissure de Sylvius* est un enfoncement considérable qui sépare l'un de l'autre les lobes antérieur et moyen du cerveau.

SCLÉRÈME, s. m., *scleremia*, *induratio textûs cellularis*; maladie des enfans nouveau-nés, qui consiste dans l'endurcissement du tissu cellulaire. Elle commence, le premier ou le second, rarement le troisième jour après la naissance, par le refroidissement qui, des joues, s'étend aux membres inférieurs et supérieurs, puis au bas-ventre et souvent à tout le corps. Les parties affectées sont tellement dures qu'elles résistent à l'impression du doigt, presque comme le ferait du bois. La pression ne cause aucune douleur; la peau adhère tellement aux parties sous-jacentes, et fait tellement corps avec elles, qu'on ne peut la pincer ni la soulever; elle est épaissie surtout aux extrémités inférieures; les articulations sont mobiles, la mâchoire inférieure peut être abaissée; l'enfant pousse des cris languissans; il tête faiblement et avale avec difficulté; la peau est froide, ou bien elle n'a que la température que lui communique le lit; elle est livide, excepté à la plante des pieds et aux cuisses, où elle est légèrement rouge; les excrémens et l'urine sont expulsés, mais en petite quantité; le pouls est faible, ni fréquent, ni vite. Vers le troisième ou quatrième jour, le plus grand nombre des sujets affectés de cette maladie périssent. A l'ouverture du cadavre, après avoir divisé la peau, une grande quantité de sérosité jaunâtre et trouble s'écoule; on trouve des granulations sèches dans le tissu cellulaire; les vaisseaux et les ganglions lymphatiques sont augmentés de volume; le foie est plus gros que de coutume, et gorgé de sang noir, ainsi que les vaisseaux ombilicaux et le poumon, qui ne paraît pas avoir été distendu par l'air, comme il convient qu'il le soit. J. Frank remarque que personne n'a suffisamment examiné le cœur à la suite de cette maladie.

Le sclérème se distingue de l'érysipèle, qui est si commun chez les nouveau-nés, en ce qu'il ne survient jamais après le troisième jour; il commence par la face, ne cause aucune douleur, et n'est accompagné d'aucune fièvre. Il diffère du tétanos en ce que les articulations sont mobiles, notamment celles de la mâchoire inférieure.

On a parlé d'une induration cornée, tantôt générale, tantôt partielle, du tissu cellulaire, encore à peine connue.

Le sclérème a lieu chez les enfans grêles, jumeaux, nés de mères affectées de maux vénériens, phthisiques, hydropiques, adonnées à l'ivrognerie. On l'observe principalement dans les hôpitaux d'orphelins en hiver et dans l'automne. On l'attribue à l'action du froid, à l'air malsain des hôpitaux, au défaut d'une nourriture ou plutôt d'un lait approprié; on lui a assigné pour cause l'érysipèle, le vice lépreux, le spasme, un défaut d'oxigénation du sang et de développement de la chaleur animale. Dans cette dernière hypothèse, le sclérème a été rapproché de l'asphyxie. Andry et Ghelis croient à sa complication avec la syphilis, et lui attribuent alors un caractère chronique.

On doit à Liberali diverses remarques importantes sur le sclérème; le dos et la plante des pieds sont convexes; cette dernière est d'un rouge pourpre; la rougeur s'étend assez souvent aux jambes, aux cuisses, au bas-ventre, et même au reste du corps. Si on approche les parties endurcies du feu, elles se réchauffent, mais seulement pour un instant. Quand l'endurcissement s'étend au tissu cellulaire qui avoisine les muscles élévateurs de la mâchoire inférieure, la déglutition est fort gênée; les convulsions terminent ordinairement la vie du malade. Plusieurs ne meurent que le seizième, dix-huitième, vingtième et même cinquantième jour. Doublet a même vu le sclérème se développer le quinzième jour, et n'être guéri que le quarantième. Selon Denman, malgré la dureté des parties, elles sont encore œdémateuses, et la peau offre un aspect blanchâtre, semblable à celui de la cire.

Cette maladie est presque toujours mortelle. On a conseillé les bains tièdes dans la décoction de sauge, les bains sinapisés, les vésicatoires aux cuisses, les douces frictions, les eaux aromatiques à l'intérieur, avec les antimoniaux, les lavemens avec l'infusion de camomille, le vin à la dose de quelques petites cuillerées. J. Frank pense que l'on doit principalement diriger le traitement sur le poumon, et peut-être il a raison; mais il ne dit pas de quelle manière on doit remplir cette vue.

Sur soixante-dix enfans que Liberali a vus périr à la suite d'endurcissement du tissu cellulaire, la plupart moururent avant le huitième jour depuis la naissance; un seul avait atteint le cinquante-septième; un autre, le cinquantième; un, le trente-quatrième; deux, le vingtième; un, le dix-huitième; deux, le seizième. Ces enfans avaient la peau parsemée de taches d'un rouge pourpre plus ou moins foncé; le tissu cellulaire sous-cutané, condensé comme une écorce, laissait rarement suinter un peu de sérosité quand on le comprimait. On rencontrait

sous les os de la pommette un noyau de graisse qui, lorsque la maladie était très-avancée, avait l'apparence d'un corps homogène, sébacé et flottant au milieu d'une graisse blanchâtre. Quand l'endurcissement était moindre, ce corps était divisé en deux parties inférieurement, et même en quatre dans un cadavre. En général, on découvrait des traces d'inflammation plus ou moins intense dans les viscères. Les vaisseaux cérébraux étaient presque constamment distendus par le sang; il y avait du sang dans les ventricules du cerveau; les plexus choroïdes étaient déchirés, la substance cérébrale injectée, les lobes du poumon enflammés, noirs et hépatisés, le cœur plus ou moins engorgé, l'oreillette droite dilatée, chez tous les sujets. Parfois, l'inflammation affectait le tube alimentaire, et l'estomac paraissait enflammé intérieurement, parsemé de points gangréneux et d'aphthes qui se propageaient au reste du canal intestinal. Cependant, plusieurs fois Liberali reconnaît avoir trouvé le sclérème sans traces d'inflammation des poumons, ni des organes digestifs; en conséquence, il conteste à Hulme que l'induration du tissu cellulaire dépende de l'inflammation pulmonaire, d'autant plus que l'endurcissement du premier n'est pas toujours en rapport avec la phlegmasie de l'organe respiratoire, lorsqu'il y a coïncidence de ces deux états pathologiques. Il ne croit pas non plus que, comme le prétend Underwood, l'entérite soit la cause du sclérème, et par les mêmes raisons, c'est-à-dire, parce qu'il n'a trouvé la phlegmasie des intestins que chez le plus petit nombre. La moitié au moins des enfans dont il a ouvert les cadavres, étaient nés de parens aisés, n'avaient respiré qu'un air pur. Il résulte de ses calculs que le froid suffit pour produire cette lésion du tissu cellulaire, lors même qu'aucune autre cause ne s'y joint; avec Paul d'Égine, il voit par conséquent dans le sclérème une sorte de congélation du tissu cutané et sous-cutané, et il pense que l'inflammation des poumons surtout, et moins souvent celle des intestins, en sont la suite et non la cause, selon que l'enfant est disposé à l'inflammation de tel viscère plutôt que de tel autre. Cette théorie nous paraît tout à fait plausible, parce qu'elle se rapproche des faits.

Liberali ne s'est pas montré moins judicieux à l'égard du traitement du sclérème. On doit se proposer, dit-il, d'éteindre les inflammations internes quel qu'en soit le siége, d'amollir le tissu cellulaire, et de raviver la circulation. Le siége de l'inflammation interne, s'il en existe, étant déterminé, on appliquera quelques sangsues au thorax ou à l'épigastre; on pratiquera ensuite des frictions avec l'eau-de-vie camphrée ou l'alcool; le corps de l'enfant sera couvert de linges chauds. Ces moyens opèrent des prodiges, quand la maladie du tissu

cellulaire n'est ni générale ni très-avancée; car alors la mort survient en peu d'heures. Quand rien n'annonce une inflammation viscérale, on doit se borner aux frictions et à la chaleur.

SCLÉROTIQUE, s. f., *sclerotica, cornea opaca;* nom d'une des membranes de l'œil, qu'on appelle aussi *cornée opaque* ou *blanc de l'œil.*

Cette membrane, la plus extérieure de celles du globe oculaire, dont elle détermine la forme, l'enveloppe tout entier, à l'exception de sa partie antérieure, où elle laisse un grand vide arrondi, rempli par la cornée transparente, et de la postérieure, où elle est beaucoup plus mince que partout ailleurs, et offre une multitude de petites ouvertures par lesquelles les faisceaux du nerf optique communiquent avec la rétine. Elle est opaque, blanche, brillante, d'une texture fibreuse, très-solide et élastique. On parvient à la diviser en plusieurs couches, qui sont unies néanmoins par des filamens intermédiaires. Ses deux faces sont lisses; une multitude de vaisseaux sanguins adhèrent intimement à l'externe, la percent, les uns en arrière, les autres plus en devant, vers le milieu de son étendue, et parcourent tous, dans sa propre substance, un trajet dont la longueur est proportionnée à leur volume; d'autres ouvertures plus petites, qu'on remarque à sa partie postérieure, livrent passage aux nerfs ciliaires. Son épaisseur, qui n'est pas la même partout, et qui diminue en général d'arrière en avant, est d'une ligne environ en arrière, et près de moitié moins considérable à la circonférence de la cornée transparente. Elle est plus mince dans les points correspondans à l'attache des tendons des muscles droits de l'œil, que dans les intervalles de ces insertions. Postérieurement elle s'unit d'une manière très-intime avec l'enveloppe que la dure-mère fournit au nerf optique, avec laquelle on doit le considérer comme ne faisant qu'un, malgré la différence d'épaisseur et de solidité, puisqu'elle n'en diffère pas essentiellement sous le rapport de la texture. Dans le nombre des feuillets superposés et entrelacés qui la constituent, il en est un qu'on parvient plus ou moins aisément à détacher des autres, surtout aux premières époques de la vie. Ce feuillet est un prolongement de la pie-mère selon Zinn, de l'arachnoïde suivant Meckel. Il forme un petit bourrelet saillant en dedans autour de la lame criblée par laquelle le nerf optique entre dans l'œil, et se réfléchit, à la circonférence de cette lame, sur la face interne de la sclérotique, avec laquelle il s'unit d'une manière intime, et qu'il accompagne jusqu'à son bord antérieur. Sa face interne est assez intimement unie à la choroïde, par un tissu cellulaire lâche, ainsi que par les vaisseaux et nerfs qui percent la capsule de l'œil. On réussit cependant, avec un peu de soin, et surtout quelques jours

après la mort, à fendre et enlever la sclérotique sans léser la choroïde.

SCOLOPENDRE, s., f., *asplenium scolopendrium ;* fougère dont les feuilles fraîches ont une saveur acerbe et styptique, et exhalent une odeur un peu nauséeuse quand on les froisse entre les doigts. Elle figurait jadis parmi les cinq capillaires, et passait pour jouir d'un grand nombre de propriétés différentes. On ne s'en sert presque plus aujourd'hui. Sa décoction, seule forme sous laquelle on l'administre, se prépare avec une poignée de feuilles par pinte d'eau.

SCORBUT, s. m., *scorbutus*, *scorbutum*, *stomacace*, *scelotyrbe;* maladie très-commune chez les marins, et qui se manifeste également à terre, lorsque les conditions qui la produisent se trouvent rassemblées et suffisamment intenses. Les signes qui la caractérisent sont les suivans, d'après Lind et Murray.

Le visage perd sa couleur naturelle, devient pâle, bouffi ; le sujet a de la répugnance pour toute espèce d'exercice; ses lèvres et ses caroncules lacrymales paraissent d'une couleur verdâtre; cependant il boit et mange de bon appétit, et semble jouir d'une parfaite santé. Le changement de couleur du visage ne précède pas toujours les autres symptômes, mais il les accompagne constamment dans la suite. La plupart des sujets sont d'abord d'une couleur pâle ou jaunâtre, et cette couleur devient ensuite plus obscure ou livide. Ils ont un air triste et chagrin. Tels sont les phénomènes précurseurs du scorbut.

La répugnance pour tout mouvement se change bientôt en une lassitude universelle, avec engourdissement et faiblesse des genoux, par le plus léger exercice, et difficulté de respirer. Bientôt après, des démangeaisons se font sentir aux gencives, qui se tuméfient et saignent pour peu qu'on les frotte. L'haleine est alors fétide; les gencives sont d'un rouge livide, molles, spongieuses, et deviennent ensuite fongueuses et putrides. La peau est alors sèche, ainsi que pendant tout le cours de la maladie, si ce n'est dans la dernière période, où souvent elle est couverte d'une moiteur froide et visqueuse, surtout si le sujet tombe en défaillance. La peau est chez quelques-uns extrêmement rude, surtout s'il y a de la fièvre, et présente chez quelques autres l'aspect d'une peau de serpent; mais le plus souvent elle est luisante et douce au toucher. Elle est couverte de plusieurs taches d'abord jaunes sur les bords, puis rougeâtres, d'un pourpre foncé, bleuâtres noires ou livides, qui ne s'élèvent point au dessus de la surface de la peau, et ressemblent à une extravasation sous l'épiderme, comme dans les contusions. Elles sont de différentes grandeurs; il y en a

depuis la largeur d'une lentille jusqu'à celle de la main, et même davantage. Celles-ci sont plus rares au commencement de la maladie; elles sont alors, pour l'ordinaire, petites et irrégulièrement rondes. On les observe principalement sur les jambes et les cuisses, souvent sur les bras, la poitrine et tout le tronc, plus rarement sur le visage et la tête. Plusieurs malades ont les jambes enflées; le gonflement se manifeste d'abord aux malléoles vers le soir, et le lendemain matin il n'en reste aucune trace; peu à peu l'enflure devient permanente et gagne de proche en proche; toute la jambe devient œdémateuse, avec cette différence seulement, chez quelques malades, que la tumeur ne cède pas si aisément à la pression du doigt, et qu'elle en conserve plus long-temps l'impression que dans l'œdème ordinaire. Tels sont les phénomènes principaux et les plus constans de la première période du scorbut.

L'ordre de leur apparition n'est pas toujours le même. Lorsqu'une personne a éprouvé une fièvre ou quelque autre maladie longue, les gencives sont presque toujours affectées les premières, et la lassitude se fait sentir dès le commencement de la maladie. Si au contraire le sujet est retenu au lit par une fracture, une plaie ou une contusion, une entorse, un vieil ulcère, c'est dans la partie blessée que se manifeste le scorbut; elle devient enflée, douloureuse, œdémateuse; elle se couvre de taches livides. Au lieu d'un pus louable, la plaie, la contusion se convertit en un ulcère qui fournit une matière sanieuse, ténue, fétide, mêlée de sang. Cette matière ressemble dans la suite à du sang putréfié, coagulé et collé à la surface de la solution de continuité, d'où l'on ne peut la détacher sans difficulté. Les chairs qui sont sous cette couche sont molles, spongieuses et putrides. Après avoir enlevé cette couche avec beaucoup de peine, on en retrouve une le lendemain. Les bords de l'ulcère sont ordinairement livides, gonflés par des chairs baveuses, élevées au dessus du niveau de la peau. Si on exerce sur lui une forte compression, l'ulcère prend une disposition gangréneuse, la partie devient œdémateuse, douloureuse, et se couvre de taches. A mesure que le mal s'accroît, il s'élève du fond de l'ulcère un fongus mollasse, sanguinolent, semblable à du foie de bœuf bouilli, qui souvent devient d'une grosseur monstrueuse dans l'espace d'une nuit; en vain on l'enlève en totalité ou en partie par un moyen quelconque, le lendemain il est aussi gros qu'auparavant. Si on le coupe, il survient ordinairement une hémorragie copieuse. L'ulcère reste un temps considérable dans cet état sans affecter l'os. Il diffère beaucoup, par les caractères qui viennent d'être indiqués, des ulcères invétérés et opiniâtres des jambes.

Quelque maladie qu'on ait eue auparavant, ou dont on soit

actuellement affecté, elle se renouvelle ou s'agrave; c'est ce qui a lieu surtout pour les douleurs rhumatismales et celles qui succèdent aux contusions, aux blessures. Les scorbutiques sont très-sujets à être attaqués de toutes les maladies épidémiques qui règnent en même temps que le scorbut, et parfois des maladies sporadiques prédominantes, même de celles qui offrent des caractères très-opposés aux siens; alors le cas est favorable, autrement la complication est très-fâcheuse, comme on l'observe lorsque la variole, la rougeole, la dysenterie, surviennent chez les scorbutiques. Les scorbutiques sont rarement exempts de douleurs dans les progrès de la maladie; quelques-uns les ressentent dans tous les os, surtout aux extrémités, aux lombes, aux articulations, aux jambes, quand ces parties sont gonflées. Leur siége le plus ordinaire est la poitrine; le sujet éprouve dans cette partie un sentiment de constriction, d'oppression, et des douleurs de côté, quand il tousse.

La poitrine est toujours plus ou moins affectée dans les progrès du scorbut, dit Lind, à moins que le ventre ne soit très-libre. La douleur change de place, et gagne souvent le côté opposé; elle se fait d'abord sentir quand on tousse; mais, lorsque la maladie est plus avancée, elle se fixe ordinairement dans un endroit particulier, et le plus souvent dans un des côtés; elle devient alors extrêmement vive, empêche la respiration, et met le malade en danger. Les scorbutiques ne ressentent jamais, ou du moins très-rarement, de douleurs à la tête, à moins qu'ils n'aient la fièvre, ce qui est très-rare chez eux, sauf le cas de suppuration du poumon. Quelquefois, néanmoins, elle se montre au commencement de la maladie: ses symptômes ne sont alors ni aussi violens ni aussi inflammatoires que chez les autres malades; Lind l'a vu intermittente et tout à fait bénigne chez deux ou trois scorbutiques. Dans la dernière période du scorbut, toute fièvre est mortelle selon lui. Une complication terrible est celle du scorbut avec la fièvre pétéchiale.

Les douleurs des scorbutiques sont en général sujettes à changer de place; tout mouvement les augmente, il accroît surtout celle du dos, et la rend très-incommode.

Parmi les scorbutiques, les uns vont régulièrement à la selle pendant tout le cours de la maladie, les autres sont sujets à être très-constipés; en général, ils ont de temps en temps la diarrhée, et ils rendent des matières très-fétides. L'urine est ordinairement très-colorée, et elle se corrompt très-vite. Le pouls est pour l'ordinaire plus lent et plus faible que dans l'état de santé, et, quand il y a fièvre, il est fréquent, mais serré, dur et petit. Dans les défaillances, il est le plus souvent

obscur et petit; quelquefois il s'élève tout d'un coup pendant quelques pulsations, mais il s'affaisse bientôt, et il est toujours intermittent.

Les taches scorbutiques se couvrent quelquefois de croûtes sèches semblables à des écailles, quand les jambes sont extrêmement enflées. Il se fait d'autres fois, mais rarement, de petites éruptions miliaires sèches sur la peau.

Dans la seconde période, on observe une raideur dans les tendons des muscles fléchisseurs des jambes; ces tendons semblent se raccourcir; les genoux enflent, deviennent douloureux et faibles; les jambes se fléchissent sur les cuisses; le malade est sujet à de fréquentes langueurs, et lorsqu'il est resté long-temps sans faire aucun exercice, il a de la disposition à tomber en syncope au moindre mouvement : tels sont les caractères les plus constans et particuliers à cette période.

L'enflure des jambes est quelquefois monstrueuse, et elles sont couvertes d'une ou de plusieurs taches livides semblables à des ecchymoses. Parfois, il y a des tumeurs dures et très-douloureuses en plusieurs endroits de la jambe. Lind a vu le gras de la jambe, et Saint-Yves les cuisses, entièrement endurcies, sans enflure.

Les malades courent le risque de mourir subitement dès qu'on les remue ou qu'on les expose au grand air. Un scorbutique qui s'était transporté sans aucun aide à l'hôpital, avait le visage plombé; il ressentait des douleurs dans la poitrine, la respiration s'embarrassa, et en moins d'une demi-minute il expira.

Pendant tout le cours de leur maladie, mais surtout dans la seconde période, les scorbutiques sont sujets à des hémorragies copieuses du nez, des gencives, des intestins, du poumon. Leurs ulcères rendent ordinairement beaucoup de sang.

Plusieurs éprouvent de violentes dysenteries, avec de vives douleurs et une extrême faiblesse. D'autres évacuent par les selles une grande quantité de sang pur, sans douleur.

Les gencives sont, pour l'ordinaire, extrêmement fongueuses, putrides, douloureuses, et exhalent une odeur infecte; elles sont quelquefois profondément ulcérées, et paraissent gangrenées; les dents branlent, se déchaussent et tombent souvent. La région supérieure de la bouche et l'arrière-bouche ne sont affectées que dans les cas de salivation. La mâchoire se carie rarement, et en général la carie n'a lieu qu'après la destruction de la table externe, soit de cet os, soit de ceux de la jambe, destruction qui se fait souvent attendre très-long-temps, à moins que la carie ne s'établisse de prime-abord dans la partie interne de l'os, ce qui n'a lieu qu'avec des douleurs cruelles; alors les lames de l'os s'écartent les unes des

autres, et semblent former une exostose. Il survient souvent en pareil cas un *spina ventosa* très-redoutable, qui produit des ulcères douloureux et dont les progrès sont rapides.

La plupart des malades ont bon appétit, et jouissent du libre exercice de leurs sens, quoiqu'ils soient fort abattus et souvent découragés. Il en est qui ne ressentent aucune douleur quand ils sont en repos dans leur lit, à moins qu'ils n'aient la dysenterie ou une salivation incommode. Lind pense que cette dernière se présenterait rarement si on ne donnait des mercuriaux aux scorbutiques. La salivation est presque toujours accompagnée de dysenterie; ces deux affections alternent; la première cesse pendant un ou deux jours, durant lesquels le malade éprouve des douleurs dans le bas-ventre, et rend des selles sanguinolentes; les déjections cessent, et la salivation reparaît.

Dans la dernière période du scorbut, il n'est pas rare de voir les cicatrices des anciens ulcères se rouvrir, la peau des jambes se fendre, surtout dans les endroits où il avait paru d'abord des tumeurs mollasses, douloureuses et livides. Ces crevasses dégénèrent en ulcères fongueux, sanguinolens. Quelquefois il survient, mais très-rarement, des fièvres putrides colliquatives, avec pétéchies, sueurs fétides, ou bien les malades succombent à des évacuations copieuses de sang corrompu, soit par les urines et les selles, soit par les poumons, le nez, l'estomac, les veines hémorroïdales ou toute autre partie. Plus souvent, on observe la jaunisse, l'hydropisie, l'hypocondrie, la mélancolie, un entier abattement d'esprit, la perte de tout courage, des raidissemens de nerfs, de violentes coliques, une constipation opiniâtre. Vers la fin de la maladie, les sujets ressentent pour l'ordinaire une constriction et une oppression violentes de poitrine, ils respirent très-difficilement, et se plaignent quelquefois de douleurs sous le sternum, et plus souvent dans un des côtés. D'autres fois, sans aucune douleur, la respiration devient courte et laborieuse, et le malade meurt subitement.

Après avoir rapporté les phénomènes précurseurs du scorbut et ceux des trois périodes de cette maladie, sans rien changer aux expressions un peu surannées, mais expressives, de Lind, nous allons indiquer les résultats de l'examen du sang et des ouvertures des cadavres.

Au déclin de la maladie, à bord du vaisseau de l'amiral Anson, on voyait dans le sang tiré des veines des stries obscures et d'autres vermeilles; plus tard, le sang paraissait dissous et très-noir en sortant des vaisseaux; mais, après quelque temps, il s'épaississait et prenait une couleur obscure

dans la palette; ses deux parties ne se séparaient pas régulièrement, et sa surface était verdâtre dans plusieurs endroits. Au troisième degré, quoiqu'on l'eût gardé plusieurs heures, en l'agitant, sa partie fibrineuse ressemblait à de la laine ou à des cheveux flottans dans une substance bourbeuse. En coupant un rameau veineux un peu gros, on pouvait vider toutes les branches voisines. Le sang extravasé était également liquide, noir et jaunâtre; enfin, ce liquide avait la même apparence dans les hémorragies de la dernière période, soit qu'il vînt de la bouche, du nez, de l'estomac, des intestins ou de toute autre partie.

Le cadavre d'un matelot de l'équipage de Jacques Cartier ayant été ouvert, on trouva le cœur blanc et pourri, ses cavités entièrement remplies d'un sang corrompu, les poumons noirâtres et putrides, plus d'une pinte d'eau rougeâtre dans la cavité de la poitrine, le foie en assez bon état, mais la rate un peu corrompue et sa surface raboteuse.

Chez les scorbutiques ouverts à l'hôpital Saint-Louis, il y avait une quantité plus ou moins grande de sérosité dans la poitrine de tous ceux qui avaient eu de la peine à respirer, et selon qu'ils étaient plus ou moins oppressés. Le ventre et plusieurs autres parties étaient également remplies de cette sérosité, qui était de différentes couleurs, et qui fit éprouver une inflammation de la peau et un soulèvement de l'épiderme à ceux qui y plongèrent les mains. On ne trouva pas de sérosité ni dans la poitrine ni dans les poumons chez des sujets dont la poitrine était devenue si oppressée qu'ils étaient morts subitement, mais le péricarde était entièrement attaché aux poumons; ceux-ci étaient collés à la plèvre et au diaphragme, et le tout était confondu ensemble. Les poumons étaient comprimés au milieu de cette masse. Tous ceux qui moururent subitement, sans cause visible, avaient les oreillettes du cœur aussi grosses que le poing, et remplies de sang coagulé. Plusieurs étaient tombés tout à coup sans vie, n'ayant éprouvé aucune douleur; ils ne paraissaient pas malades, seulement leurs gencives étaient ulcérées ; on trouva leurs muscles gangrenés, gorgés de sang noir et corrompus; ils tombaient en pièces dès qu'on les maniait. Un jeune enfant, âgé de dix ans, avait les gencives fort enflées et profondément ulcérées; son haleine exhalait une fétidité insupportable; on fut obligé de lui arracher toutes les dents pour lui panser la bouche; il parut ensuite des ulcères sur la langue et les joues ; l'enfant mourut subitement, et l'on trouva que toutes les parties intérieures de son corps étaient pourries. Quelques autres malades, sans autre symptôme qu'une légère ulcération des

gencives, eurent ensuite des tumeurs dures et rouges sur les mains, les pieds et autres parties du corps; il se forma ensuite des abcès dans les aines et aux aisselles, et leur corps se couvrit de taches bleuâtres. On trouva les glandes de l'aisselle très-grosses et environnées de pus; il y en avait également dans les interstices des muscles des bras et des cuisses. Chez des malades dont les bras, les jambes et les cuisses étaient d'un rouge noirâtre, cette coloration provenait de la présence d'un sang noir et coagulé sous la peau. Leurs muscles étaient enflés et durs, gorgés de sang au point que les jambes étaient pliées et ne pouvaient être étendues; les taches, bleues, rouges, jaunes et noires, provenaient du sang extravasé sous la peau, et ces variétés de couleur dans les taches provenaient de semblables variétés dans le sang. On observa certaines petites tumeurs qui, venant à se percer, formaient des ulcères scorbutiques. Quelques vieillards eurent des hémorragies si copieuses du nez et de la bouche qu'ils en moururent. Les tuniques des vaisseaux étaient corrodées. Chez les malades qui avaient fait entendre un cliquetis des os, quand on les remuait, on trouva les épiphyses séparées. Elles étaient en partie isolées chez tous les jeunes gens au dessous de dix-huit ans. Quant à ceux chez lesquels on avait entendu un petit bruit sourd quand ils respiraient, on trouva les cartilages du sternum séparés des côtes. Tous les cadavres dans lesquels on trouva du pus et de la sérosité dans la poitrine, avaient les côtes séparées de leurs cartilages, et elles étaient cariées de la longueur de quatre doigts du côté du sternum. Dans quelques cadavres, si on prenait entre les doits l'extrémité des côtes qui commençaient à se séparer des cartilages, on en faisait sortir une grande quantité de matière corrompue qui n'était que la partie spongieuse de l'os, de sorte qu'après l'avoir exprimée, il ne restait plus que les deux lames osseuses. Les ligamens des articulations étaient corrodés et détachés; au lieu de synovie, elles ne contenaient qu'une liqueur verdâtre; les glandes du mésentère étaient généralement tuméfiées et altérées; quelques-unes étaient en partie corrompues, abcédées; quelques-autres, dans le foie, avaient du pus durci et, pour ainsi dire, putréfiée. La rate était trois fois plus grosse que dans l'état normal, et tombait par pièces quand on la maniait, comme si elle n'eût été composée que de sang coagulé; quelquefois les reins et la poitrine étaient remplis d'abcès. Le cerveau était toujours sain, et les sujets avaient conservé leur appétit jusqu'à la mort.

Nous n'avons pas cru devoir rajeunir ce tableau par des expressions modernes qui auraient pu l'altérer. Il y a beaucoup à rabattre sur toutes ces *putridités*, *corruptions*, *putréfactions*. On sait que les premiers anatomistes qui ont ouvert

des cadavres dans l'intention d'y chercher la cause des symptômes de la maladie et de la mort, ne savaient pas faire la distinction des altérations cadavériques d'avec celles qui précèdent et accompagnent la mort.

Un homme, âgé de trente ans, étant mort avec les symptômes d'un scorbut rapidement développé, Pinel trouva les deux cavités thoraciques dans l'état naturel; le péricarde et l'abdomen remplis de sérosité jaunâtre; la peau et le tissu cellulaire gorgés de sang au pli du bras, où était une légère ecchymose, sans que les muscles fussent altérés en aucune manière. Après avoir enlevé la peau et le tissu cellulaire des deux genoux et de la partie antérieure et inférieure des cuisses, lesquels étaient sensiblement gonflés, on trouva, au dessus des genoux, une collection abondante de sang noir, tant liquide qu'en caillots; il n'y avait pas d'épanchement à la région poplitée. La partie inférieure des muscles droit antérieur et triceps fémoral était désorganisée dans toute son épaisseur, dans l'étendue de quatre à cinq pouces, et formait une masse de caillots et d'un liquide très-rouge; leur partie supérieure ne contenait ni sang épanché, ni sang infiltré, mais le tissu de ces muscles était dans cet endroit tendre, mollasse et facile à déchirer.

Examinons maintenant sous l'influence de quelles conditions le scorbut s'est développé aux regards des observateurs de tous les temps.

Le scorbut a été divisé par Th. Willis en *sulfureo-salin* et *salino-sulfureux;* par Gautier Charleton, en *sulfureux*, *alcalin* et *acide;* par Gédéon Harvey, en scorbut de la *bouche*, scorbut des *jambes* et scorbut des *articulations*, scorbut *stomachique*, *hépatique*, etc.; par Etienne Blancard, en *froid*, dû à une viscosité pituiteuse, et *chaud*, dû à une acidité du sang; par Boerhaave, en *acide* et *alcalin*; par Nitzisch, en chaud ou *douloureux*, et froid ou *lent*, divisé en trois espèces, dont une *pétéchiale* ou *lenticulaire*. Lind voyait dans le scorbut « une faiblesse et un relâchement des solides avec une tendance du sang à la putréfaction spontanée qui vient du défaut d'un chyle propre à corriger l'acrimonie des sucs, et d'une suppression considérable de la transpiration ». C'est là ce qu'on avait appelé le scorbut *putride*. Wilson admettait un scorbut *végétal* causé par l'usage des végétaux pour toute nourriture. Le scorbut a aussi été appelé *muriatique*, parce qu'on l'attribuait à la présence de l'esprit de sel, ou d'une acrimonie saline, dans le sang. Milman attribuait tous les phénomènes du scorbut à la diminution du pouvoir vital. Pinel l'a rangé d'abord parmi les maladies lymphatiques, puis parmi les hémorragies passives, et, en dernier lieu, parmi les lésions organiques géné-

rales. Kéraudren a divisé le scorbut en primitif et secondaire, division importante à laquelle on n'a pas assez fait attention, et sur laquelle nous reviendrons bientôt. Ce médecin célèbre rapporte les symptômes de cette maladie à une affection du système vasculaire. Le gonflement; le saignement des gencives, l'ouverture des anciennes plaies, les hémorragies de toute espèce, les anxiétés, les palpitations, les syncopes, augmentant par le mouvement, sont autant de preuves de cette opinion. Le cœur participe, dit-il, du mauvais état des vaisseaux, et souvent il est le siége des lésions les plus graves; il est possible néanmoins que le malade succombe avant que l'état pathologique du système circulatoire ait produit des lésions aussi sensibles dans le cœur et les vaisseaux principaux que celles qu'on y a trouvées; mais il est vrai en même temps que ces organes peuvent être assez promptement affectés, et que le trouble qu'ils éprouvent s'annonce même quelquefois par les signes que produisent ordinairement les maladies qui attaquent leur organisation. Lorsque le scorbut est aigu et le sujet pléthorique, la face présente de bonne heure cette expression qu'on lui trouve sur les sujets affectés de maladies du cœur; le visage est injecté, le teint est plombé; l'œil est saillant et paraît plus grand que dans l'état naturel; les lèvres sont tuméfiées et livides; si, à ces symptômes, on ajoute l'état du pouls, la difficulté de respirer, les palpitations, les douleurs dans les régions épigastrique et hypochondriaques, l'engorgement des viscères abdominaux, phénomènes qui accompagnent fréquemment le scorbut, on aura presque tous les signes caractéristiques des lésions organiques du cœur et des principaux troncs vasculaires. L'absence de la fièvre est un indice certain du défaut de réaction et de contractilité des vaisseaux. Ainsi, selon Kéraudren, le scorbut est un état *angio-asthénique*, opposé à l'état *angiothénique*. Il ajoute que les muscles ne sont que secondairement affectés, et que le système lymphatique n'est pas exempt de lésions dans le scorbut, mais que les gonflemens œdémateux, les infiltrations séreuses, les hydropisies articulaires, les épanchemens séreux qui annoncent le défaut de l'action absorbante, ne sont qu'une suite de l'affection sanguine. Il était impossible d'aller plus loin à une époque où l'absorption par les veines n'était pas établie. Le rapprochement fait par Kéraudren entre le scorbut et l'état général dans la troisième période des maladies du cœur et des gros vaisseaux, est des plus importans, et jette un jour très-vif sur la nature du scorbut et sur le siége de l'altération qui le constitue spécialement.

« Le scorbut, dit Broussais, est un *état particulier* des solides et des fluides produit par une assimilation imparfaite. Ses causes sont donc multipliées, mais le froid, le défaut de lumière,

la tristesse et les mauvais alimens, sont les principales. L'extravasation des fluides est un des principaux effets de l'état scorbutique, parce que cette maladie rend tous les tissus fragiles; mais les viscères, et surtout l'appareil encéphalique, résistent plus que les tissus dont le squelette est revêtu. Les phlegmasies s'associent facilement avec le scorbut, mais elles n'en dépendent pas; elles viennent des causes qui les produisent chez tous les hommes : telle est l'inflammation des gencives. Les violences extérieures, les grands mouvemens, les médicamens et les phlegmasies, produisent facilement la rupture et la désorganisation des parties modifiées par le scorbut, parce que la chimie vivante est languissante, et la vie diminuée chez les scorbutiques. »

Cette théorie, empruntée en partie à Lind et à Milman, est bien inférieure à celle de Kéraudren; elle est d'ailleurs entachée de l'ontologie la plus ténébreuse; le scorbut y est représenté comme un être mystérieux, d'une nature inconnue. Si la chimie vivante n'est pas la vie, qu'est-ce que la vie et la chimie vivante?

Les phénomènes particuliers au scorbut sont la turgescence des gencives, les taches de la peau, les hémorragies des membranes muqueuses, la turgescence des ulcères cutanés et l'exhalation sanguine qui s'y fait incessamment. Il y a donc véritablement affection du système vasculaire dans les cas désignés sous ce nom. Des symptômes non moins constans sont la gêne de la respiration et la lenteur du pouls, nouvelles preuves de l'affection de ce système, et qui indiquent que le cœur agit avec lenteur et faiblement. Maintenant il s'agit de décider si cette faiblesse dans l'action du cœur, est le résultat d'une asthénie ou d'une irritation de ce viscère? Problème très-difficile à résoudre, et dans la solution duquel il faut faire entrer les nouvelles connaissances acquises sur le rôle que les veines jouent dans la production des hydropisies, sur la phlébite et sur le sang.

Outre les phénomènes particuliers au système vasculaire, on observe chez les scorbutiques des symptômes d'irritation, d'inflammation, d'hémorragie des membranes muqueuses et du poumon. L'affection de ces parties est-elle primitive ou secondaire? Problème non moins difficile à résoudre. Nous pensons qu'en raison des diverses causes auxquelles le scorbut doit de se manifester, et de l'ordre dans lequel elles agissent, elles sont tantôt primitives, tantôt secondaires, selon que les conditions morbifiques, alimentaires ou atmosphériques, ont prédominé.

Le scorbut est donc une affection complexe manifestée par des symptômes d'asthénie de la peau , de ralentissement dans

l'action vasculaire, d'irritation des membranes muqueuses, et dans laquelle l'irritation du système vasculaire à sang noir, et notamment du cœur droit, joue peut-être le principal rôle.

Les causes du scorbut sont, de l'aveu de tous les observateurs :

1°. L'humidité, froide surtout, la fatigue, l'inaction, la tristesse, la respiration d'un air non renouvelé, l'absence de la lumière;

2°. Les alimens insalubres, à la fois irritans et grossiers, et surtout à la fois salés et corrompus; le régime sec, la privation d'eau, l'usage d'eau corrompue, la privation de végétaux frais, l'usage des liqueurs spiritueuses pour toute boisson.

Le froid seul ne détermine pas le scorbut, mais il favorise l'action d'un régime insalubre. Rarement une seule cause, si ce n'est l'humidité prolongée, suffit pour produire le scorbut. Les viandes salées de bonne qualité ne le déterminent pas, à moins d'une prédisposition ou d'une humidité concomitante de l'atmosphère. Le scorbut est plus commun sur mer que sur terre, parce que sur mer l'humidité, le mauvais régime et la privation de végétaux frais se trouvent plus souvent réunis et à un degré plus élevé. On a souvent confondu avec le scorbut, sur terre, la dernière période des maladies du cœur et des gros vaisseaux. Le rapprochement entre le scorbut et la fièvre adynamique est forcé; jamais il n'y a dans celle-ci la contracture des membres inférieurs qu'on observe si souvent dans celui-là. Il viendra sans doute un temps où ce qu'il y a de spécial dans le scorbut, c'est-à-dire l'état du système cardio-veineux sera désigné sous un nom plus convenable, celui de *cardio-phlébite* par exemple, et où l'on fera l'histoire générale de cet état morbide, soit primitif, soit secondaire; alors on reconnaîtra ce qu'il y a de vrai, et tout ce qu'il y a d'exagéré dans la théorie d'Eugalenus, qui voyait le scorbut partout, ainsi que le font plusieurs praticiens de nos jours, tandis que d'autres attribuent la plupart des maladies chroniques à la syphilis, et d'autres à la gastro-entérite.

Rétablir l'action de la peau, accélérer doucement l'action circulatoire, calmer l'irritation des membranes muqueuses quand elle a lieu, et nourrir convenablement le malade, enfin faire cesser les causes du scorbut, sont autant d'indications qui rentrent les unes dans les autres, et auxquelles satisfont des moyens fort simples, mais que malheureusement on n'est pas toujours libre de se procurer, et que parfois on se procure trop tard. Comme toutes les maladies, mais peut-être plus que toutes les autres, le scorbut est d'autant plus facile ou plus difficile à guérir, qu'il est plus léger ou plus intense. A l'égard du scorbut de mer, il suffit souvent de mettre les scorbu-

tiques à terre, et de leur imposer un régime végétal pour voir se rétablir ceux qui paraissaient le plus affectés; mais aussi on a vu des scorbutiques dont la maladie paraissait peu grave, expirer peu après ou même pendant le débarquement.

Un air pur, chaud et sec, une nourriture facile à digérer, composée d'un mélange convenable de substances animales et végétales; les bouillons de viande fraîche et de végétaux récens; un pain léger, bien fermenté, bien cuit; pour boisson aux repas, un verre de bonne bière, de cidre ou de vin; un exercice modéré; quelques distractions; des logemens secs et propres; des vêtemens secs et chauds; telles sont les précautions à prendre dans les villes pour prévenir le scorbut. Bachstrom a proposé de cultiver des végétaux sur les remparts des villes assiégées, moyen qui n'est pas à dédaigner. Nous devons dire ici, que, dans les nombreux siéges des guerres d'Allemagne, le scorbut ne paraît pas s'être déclaré, même dans les places qui, comme Dantzick, ont été bloquées fort long-temps. Cela viendrait-il de ce que le régime des soldats serait mieux ordonné? pendant notre séjour à Dresde, en 1813, nous n'avons observé aucun symptôme de scorbut, quoique les soldats n'eussent d'autres végétaux frais que des pommes de terre qu'ils arrachaient à l'ennemi. N'a-t-on pas souvent mis la dysenterie au nombre des épidémies de scorbut?

Lind fait des remarques importantes sur la prophylaxie et le traitement du scorbut de mer. On a mis, dit-il, en pratique trop tard les méthodes préservatrices, c'est-à-dire lorsque la maladie était déjà formée. On a trop compté sur certains remèdes que des médecins avaient recommandés, plutôt par une conséquence de leurs hypothèses, que pour en avoir éprouvé les effets sur mer. Il pose en principe que le scorbut est toujours, soit sur terre, soit sur mer, une maladie accidentelle provenant de causes évidentes, que, par conséquent, en prévenant celles-ci on peut la prévenir. Les officiers n'en sont pas ou n'en sont que très-peu affectés, lorsque les matelots en présentent les plus affreux symptômes; de plusieurs bâtimens allant de conserve, les uns ont des scorbutiques en grand nombre, les autres n'en ont aucun. Voulant savoir jusqu'à quel point on pouvait compter sur divers moyens curatifs, Lind prit douze malades affectés du scorbut, autant que possible au même degré, c'est-à-dire offrant la putridité des gencives, les taches, la lassitude, la faiblesse des genoux. On leur donna la même nourriture à tous, savoir, souvent du bouillon de mouton frais, d'autres fois du pudding, du biscuit bouilli avec du sucre; à souper, de l'orge et des raisins secs, du riz et des groseilles rouges, du sagou et du vin. Deux de ces malades eurent chacun une pinte de cidre par jour;

deux autres vingt-cinq gouttes d'élixir de vitriol trois fois le jour, la digestion faite, et un gargarisme fortement acidulé avec cet élixir; deux autres prirent deux cuillerées de vinaigre trois fois par jour, après leur digestion; leur gruau et leurs autres alimens étaient acidulés avec le vinaigre, ainsi que leur gargarisme; deux autres, les plus affectés, et qui avaient les jarrets retirés, furent mis à l'usage de l'eau de mer, dont ils prenaient une demi-pinte par jour, quelquefois plus, selon l'action de ce moyen sur les selles. Deux autres prenaient deux oranges et un citron; au bout de six jours ces fruits manquèrent. Les deux derniers prirent trois fois par jour gros comme une noix muscade d'électuaire composé d'ail, de semence de moutarde, de racine de raifort, de baume du Pérou, et de myrrhe. Tous ces malades avaient pour boisson ordinaire de l'eau d'orge acidulée avec les tamarins; ils furent purgés trois ou quatre fois avec la crême de tartre dans une décoctiou de tamarins. Tous continuèrent ces divers modes de traitement pendant quinze jours, à l'exception de ceux qui étaient à l'usage des oranges et des citrons. Les malades qui éprouvèrent le plus prompt soulagement furent ceux-ci; vinrent ensuite ceux qui faisaient usage du cidre, quoiqu'il tirât sur l'aigre. L'élixir de vitriol parut améliorer beaucoup l'état de la bouche, plus que ne le faisait le vinaigre; on remarqua peu d'amélioration pendant les quinze jours sur les malades qui ne faisaient usage ni des oranges ni du cidre. Lind croit que les oranges sont encore préférables au citron. Pour confirmer l'efficacité de ces fruits, il invoque le témoignage de Mead, de F. Russel, d'Anson, de Murray. Il s'élève contre l'idée d'attribuer l'utilité de ces fruits à leur acidité, puisque les acides, et même le vinaigre, sont si peu efficaces. Les oranges et les citrons ont pour eux l'expérience de près de deux cents ans. Ronsseus, qui a écrit le premier sur le scorbut, en fait mention. La vue de ces fruits relève les esprits abattus des scorbutiques presque expirans, tandis qu'ils ont en horreur les drogues de la pharmacie. Malheureusement il n'est guère possible de les conserver long-temps à bord; aussi Lind indique un mode de préparation à la faveur duquel on peut conserver le suc dépuré de ces fruits pendant plusieurs années. Prenez deux douzaines de bonnes oranges pesant cinq livres quatre onces, exprimez-en le suc, laissez-le reposer, décantez-le ou filtrez-le, mettez-le ensuite dans un vase, dans un bassin de terre vernissée ou de porcelaine, faites-le chauffer au bain-marie jusqu'à consistance de sirop réfroidi, mettez-le ensuite dans une bouteille, et gardez-le pour l'usage; vous obtenez ainsi environ cinq onces de suc dont le volume n'égale pas celui de trois onces d'eau; de telle sorte que dans une

bouteille de pinte on peut conserver la partie acide et les vertus de douze douzaines de limons ou d'oranges pendant plusieurs années.

S'il ne s'agissait que de conserver la partie acide de ces fruits, nous avons aujourd'hui l'acide citrique et l'acide tartarique qu'il est encore plus facile de conserver et de transporter. Mais Lind prétend que ce n'est pas à l'acide, ou du moins à l'acide seulement qu'ils recèlent que l'on doit attribuer leur efficacité, quoique d'ailleurs, dans toutes les maladies, les acides citrique et tartarique soient très-préférables aux acides minéraux

Pour ne pas conserver de préjugés erronés, dit Kéraudren, sur la spécificité de telle ou telle plante, ou de l'un ou de l'autre des matériaux qu'elle renferme, il serait intéressant de savoir en quoi réside la propriété des végétaux. Or, les plantes douces, acides, amères, âcres, ont une égale efficacité, pourvu qu'elles soient fraîches; sèches ou soumises à l'action du feu, elles perdent leurs vertus. Kéraudren voit dans l'eau de végétation la partie véritablement active des végétaux employés avec succès contre le scorbut. Si on lui objecte que par conséquent tous les végétaux peuvent guérir cette maladie, il est très-disposé à convenir que c'est sûrement le nombre le moins considérable à qui cette faculté manque absolument. Les navigateurs, en mettant pied à terre, ramassent avec empressement les plantes les plus connues, parmi celles que le hasard leur offre; toutes justifient l'espérance qu'on en avait conçue. Pendant que Kéraudren était chargé du service de l'hôpital destiné aux canonniers de la côte du sud du goulet de Brest, il faisait chercher dans la campagne de la presqu'île de Roscanvel, les végétaux qui pouvaient entrer dans la confection des sucs antiscorbutiques. Leur petit nombre le forçait à ne rejeter que ceux qu'il devait croire malfaisans, et ses malades s'en trouvèrent si bien qu'il cessa de regretter les herbes potagères qu'il devait recevoir de Brest. Les plantes naturellement sèches, celles qui sont émétiques, purgatives, narcotiques, et nous ajouterons celles qui ont une amertume trop prononcée, doivent être exceptées en pareil cas.

Les végétaux, dit Kéraudren, ne sont jamais plus utiles aux scorbutiques que lorsqu'on ne leur fait éprouver aucune altération, et qu'on les administre tels que la nature les donne; tous les fruits doivent se manger cruds, et pour les herbes on préférera la préparation la plus simple, comme d'en faire des salades.

Mais les végétaux frais, en abondance, n'empêchent pas le scorbut de se développer à la mer quand l'air est très-humide, et Kéraudren ne croit pas qu'on soit jamais parvenu à

le guérir à la mer, tant que l'atmosphère a continué d'être humide. Les guérisons peu nombreuses que l'on cite n'eurent lieu que parce que l'air devint plus sec. Il suffit même de l'humidité naturelle au vaisseau pour développer, entretenir le scorbut, et s'opposer à ce qu'on en arrête les progrès. Kéraudren a vu le scorbut se développer chez des canonniers à terre, non par suite du voisinage de la mer, mais par la situation des casernes bâties dans des enfoncemens, et dont les murs étaient toujours humides. Nous avons vu le scorbut au premier degré se manifester un grand nombre de fois, et pendant plusieurs années, sur de jeunes soldats casernés dans des bâtimens humides, et d'ailleurs bien nourris. Les acides augmentaient souvent l'irritation de leurs gencives, et il nous a paru que la bouillie et le laitage, ainsi que la cessation de l'influence exercée sur eux par l'humidité, contribuaient plus à leur guérison que les antiscorbutiques du Formulaire.

Desgenettes rapporte qu'en 1793, à la suite d'un hiver froid, nébuleux et humide, pendant lequel les troupes françaises, répandues dans le comté de Nice, avaient essuyé beaucoup de fatigues sur terre et sur mer, les maladies du printemps furent une sorte de prolongation de celles de l'hiver; la transition subite du chaud au froid, et l'usage journalier de l'eau de neige fondue pour boisson, donnèrent lieu à une affection qui, chez plusieurs soldats, se porta particulièrement sur la membrane qui tapisse la bouche, l'arrière-bouche, les narines; les gencives, s'enflaient, s'ulcéraient, et donnaient une suppuration souvent ichoreuse et toujours fétide; la portion des dents ordinairement recouverte par les gencives, les alvéoles mêmes étaient en parties dénudés : souvent on voyait aussi des ulcères dans l'intérieur de la bouche, surtout aux environs de l'ouverture du conduit salivaire, et sur les bords de la langue même. Le traitement antiscorbutique, vulgairement employé, causa dans les parties ulcérées une inflammation vive. Le gargarisme antiscorbutique des hôpitaux militaires, dans lequel entre l'esprit ardent de cochléaria, suffisait pour produire cet effet. On ne conserva donc rien du traitement dit antiscorbutique, si ce n'est le régime végétal, et on se contenta d'un gargarisme de décoction d'orge avec un peu de vinaigre et du suc de limon, comme détersif des ulcères des gencives et de l'intérieur de la bouche. D'abondantes salivations, d'un caractère assez benin, ont souvent annoncé la fin avantageuse de la maladie; mais dans des cas, à la vérité fort rares, on a vu ces salivations devenir sanieuses et d'une fétidité insupportable, des pétéchies se manifester, et de fréquentes hémorragies séreuses, ichoreuses et putrides, amener la mort.

Cette épidémie fournit un nouvel argument de fait en faveur de l'emploi des végétaux frais dans le traitement du scorbut, dont elle offre un exemple remarquable.

La bière, préparée avec les jeunes pousses de sapin, a été employée parfois utilement dans le cours de cette maladie; c'est une ressource qu'il ne faut pas dédaigner quand on ne trouve pas mieux. La simple décoction des sommités des feuilles nous paraît préférable à cette bière, malgré l'autorité de Lind.

Les alimens que l'on donne aux scorbutiques doivent être les meilleurs que l'on puisse se procurer; pour le choix et la quantité, il faut se régler sur l'état de l'estomac, mieux appréciable aujourd'hui qu'il ne l'était jadis.

Il faut en même temps favoriser chez eux la transpiration par la chaleur du lit, des frictions douces et sèches, peut-être par le moyen d'une étuve; on a retiré quelque avantage des bains de sable chaud; à l'égard des sudorifiques, on ne doit prescrire que les boissons chaudes légèrement aromatisées et parfois alcoolisées, quand l'estomac est en état de les recevoir impunément. L'ignorance où nous sommes de l'état réel de l'estomac dans le scorbut, nous empêche de rien décider à l'égard du vin; mais il résulte de l'expérience la plus répétée que les toniques, les vomitifs, les purgatifs ont été ou inutiles ou nuisibles.

L'emploi de la saignée et, en général, des émissions sanguines, est un problème encore insoluble dans l'état actuel de l'observation; on les a permis dans le scorbut chaud, défendu dans le scorbut froid; mais ce ne sont là que des mots sans valeur fixe. On s'accorde généralement à dire que la saignée est nuisible aux scorbutiques; on en disait autrefois autant des fièvres putrides ou adynamiques, avec lesquelles Milman et Pinel lui ont trouvé tant de ressemblance; peut-être les applications de sangsues sont-elles quelquefois indiquées; mais la théorie n'est pas favorable à ce moyen, car, d'une part, le pouls est petit, et, de l'autre, le sang est naturellement porté à la peau. Le cas de pleurésie ou de gastrite est peut-être le seul où l'on puisse y avoir recours, de même que la saignée n'est guère indiquée que lorsqu'il survient des signes de pneumonie. Attendons à cet égard de nouvelles observations.

La constipation doit être combattue par le petit-lait, les eaux minérales acidules, les acidules; la diarrhée, par la diète et les sachets chauds sur le bas-ventre.

Ces mêmes sachets sont utiles quand on les applique sur les membres, surtout les inférieurs; des bains de vapeur locaux sans doute seraient utiles quand les membres s'endurcissent et se rétractent; à l'égard des gencives, les gargarismes très-légèrement acidulés sont seuls indiqués; encore faut-il les remplacer par l'eau gommée toutes les fois qu'ils augmen-

teront la chaleur des gencives? Le cautère objectif est peut-être le meilleur moyen pour réprimer la végétation exorbitante des ulcères scorbutiques. La compression est souvent avantageuse. On est souvent obligé de recourir aux astringens les plus puissans, fréquemment infructueux d'ailleurs. L'application de la glace est un assez bon moyen pour arrêter les hémorragies scorbutiques, mais il faut avoir le soin de bien réchauffer les parties voisines. De tous les topiques toniques, le vin rouge chaud et miellé est celui qui nous a paru préférable. Chez tous les scorbutiques affligés par des ulcères, les voies digestives sont malades, et parfois d'autant plus qu'on leur prodigue les médicamens stimulans, excitans, de toute espèce. On ne peut guère espérer la guérison de ces ulcères sans avoir remédié au malaise des voies digestives, et rétabli les fonctions de la peau. N'oublions pas de répéter avec Kéraudren que la chaleur sèche est à la fois un moyen préservatif et curatif du scorbut. Parmi les remèdes topiques qu'il indique, nous pensons qu'on doit surtout faire des recherches à l'égard des pansemens des ulcères avec le jus de citron, et des fumigations acéteuses contre la tuméfaction des jambes. Relativement aux douleurs ressenties par les scorbutiques, elles nous paraissent ne devoir être soulagées que par la chaleur sèche à l'extérieur, et les rafraîchissans à l'intérieur. Guérir ces douleurs sans guérir le mal lui-même, est un problème insoluble.

SCORSONÈRE, s. f., *scorsonera;* genre de plantes de la syngénésie polygamie égale, L., et de la famille des chicoracées, J., qui a pour caractères : calice oblong, imbriqué, à écailles inégales, membraneuses sur les bords et pointues; réceptacle nu; semences à aigrettes sessiles et plumeuses.

Le *salsifis noir, scorsonera hispanica*, fournit, dans ses racines, un aliment sain, agréable et assez recherché. On attribuait autrefois à ces racines une foule de propriétés qu'on sait maintenant être chimériques, et dont la plus remarquable était celle de favoriser l'éruption de la petite vérole.

SCROFULAIRE, s. f., *scrofularia;* genre de plantes de la didynamie angiospermie, L., et de la famille des scrofulariées, J., qui a pour caractères : calice court, à cinq lobes; corolle tubuleuse, bilabiée, renversée, à ventre globuleux, renflé, à lèvre supérieure droite et bilobée, à lèvre inférieure plus courte et trilobée; capsule arrondie, biloculaire, polysperme.

La *scrofulaire noueuse*, *scrofularia nodosa*, et la *scrofulaire aquatique*, *scrofularia aquatica*, étaient employées autrefois en médecine. La première, qui a une saveur amère, avec une odeur nauséabonde, passait pour résolutive, tonique

et vermifuge; on en prescrivait aussi les racines à l'intérieur, et les feuilles à l'extérieur, contre les hémorroïdes et les scrofules. La seconde était très-célèbre comme vulnéraire; toutes deux sont entièrement inusitées aujourd'hui.

SCROFULES, s. f., *struma*, *scrofula*. Ce mot, qui dans l'origine ne désignait que les tumeurs glandulaires, et notamment celles du cou, a depuis long-temps une acception bien plus étendue, puisqu'on s'en sert pour désigner des maladies qui se manifestent dans des parties où il n'existe point de glandes. On a voulu distinguer les *scrofules*, ou la tuméfaction des glandes lymphatiques, de la *maladie scrofuleuse* ou *scrofulose*, disposition particulière du système lymphatique aux scrofules. Les scrofules ont été divisées en *vraies*, *fausses*, *sympathiques*, *symptomatiques* et *secondaires*, ou *deutéropathiques*.

Les scrofules, dit Celse, sont des tumeurs sous-cutanées qui semblent formées d'un mélange de pus et de sang, et qui s'élèvent en manière de glandes. Elles lassent ordinairement beaucoup les médecins, parce qu'elles occasionent la fièvre, parce qu'elles ne suppurent pas facilement, et souvent après qu'elles ont guéri, soit par le fer, soit par les médicamens, elles reviennent à l'endroit même des cicatrices, ce qui arrive beaucoup plus fréquemment quand on ne les a traitées que par les médicamens; ajoutez à cela qu'elles persistent long-temps. Elles viennent principalement au cou et aussi aux aisselles, aux aines et aux côtés; Mégès assure en avoir vu aux mamelles. On emploie avec succès, contre les scrofules, l'ellébore blanc : il faut le réitérer souvent, jusqu'à ce qu'elles soient dissipées. On applique dessus des emplâtres suppuratifs ou résolutifs. Quelques-uns se servent de caustiques qui rongent ces tumeurs et qui forment une croûte sur le lieu affecté, et lorsque cette croûte est détachée, ils traitent le mal comme un autre ulcère. Quelque méthode que l'on suive, il faut, lorsque l'ulcère est bien détergé, faire exercer le malade et lui donner une bonne nourriture, jusqu'à ce que la cicatrice soit formée.

Sauvages définit les scrofules, des tumeurs sphériques, dures, sans changement de couleur à la peau, indolentes, qui viennent au cou, au mésentère, et en d'autres endroits.

Heberden définit les scrofules cet état du corps dans lequel les glandes lymphatiques se tuméfient avec peu ou point de douleurs, ce qui arrive très-souvent au cou, quelquefois aux aisselles, plus rarement aux aines; les glandes du mésentère y sont aussi sujettes, et peut-être toutes les glandes de même nature situées à l'intérieur du corps.

Pinel ne voit dans les scrofules que l'atonie du système lym-

phatique, et il a été suivi en cela par Richerand et tant d'autres copistes serviles.

Les scrofules ne sont, selon Hugon, que des phthisies simultanées de la plupart des tissus organiques, principalement de quelques parties du cutané et du muqueux, des glandes lymphatiques, des os, des organes fibreux et cartilagineux; elles sont, dit-il, l'exaspération du tempérament lymphatique, et consistent dans une débilité lente de la tonicité, de l'exhalation, de l'absorption, et surtout de la nutrition de l'ensemble de nos tissus, avec une tendance imminente à l'ulcération.

« Les scrofules sont, dit Broussais, des irritations des tissus extérieurs où prédomine l'albumine du sang; mais comme la chaleur y est peu de chose, et que la rougeur n'y existe pas, on peut les distinguer par une expression particulière. Celle de *subinflammation* convient-elle? L'inflammation s'associe à cette subinflammation, soit comme cause, soit comme effet, et quelquefois l'accompagne dans toute sa durée. La subinflammation des tissus lymphatiques ne se développe primitivement à l'inflammation que dans les pièces qui composent le squelette, et dans les parties molles qui le recouvrent; elle y est déterminée par l'action du froid sur la peau, à la manière des rhumatismes, ou par des irritations accidentelles. Quant aux viscères, ils n'en sont affectés que consécutivement à leur inflammation. Quand l'irritation se communique de la peau sub-enflammée aux viscères, elle ne pénètre point dans leurs ganglions lymphatiques sans l'inflammation préalable de leurs membranes. Les ganglions lymphatiques ne se tuméfient, ne s'endurcissent et ne se ramollissent jamais que par l'exaltation de leur irritabilité et de leur contractilité, c'est-à-dire par leur irritation, qui est une des subinflammations. Les tuméfactions d'apparence analogue à celle des ganglions sub-enflammés, mais qui surviennent dans les tissus où l'on n'aperçoit pas dans l'état sain de glandes lymphatiques, doivent être jugées de même nature que les ganglions lymphatiques développés par l'irritation. Tout cela porte le nom de tubercules. Pendant que les faisceaux absorbans chroniquement irrités dégénèrent en tubercules, quelques vaisseaux lymphatiques peuvent se dilater par un engorgement passif produit par une compression qui fait obstacle au cours de la lymphe. Cet état est aux absorbans ce que les varices sont aux veines. » Une tumeur écrouelleuse, dit-il, est un phlegmon chronique, et, comme telle, elle est susceptible de toutes les terminaisons des inflammations, parmi lesquelles la suppuration est la plus ordinaire.

Aucun de ces auteurs n'a décrit avec soin la maladie sur laquelle ils dissertaient avec complaisance. Pour en trouver

une bonne description générale, il faut aller la chercher dans les écrits de Baumes et de son copiste Hufeland.

On dit d'un sujet qu'il a la physionomie scrofuleuse quand il a le cou gros et court, les mâchoires plus larges et plus grosses qu'elles ne le sont chez la plupart des hommes, la tête volumineuse, surtout en arrière, relativement au corps, les cheveux blonds, le visage comme tuméfié, les joues roses, les lèvres peu colorées, la peau blanche, les yeux bleus, la pupille dilatée, la lèvre supérieure épaisse, surtout périodiquement, le nez souvent gonflé, rouge, luisant, douloureux; de l'embonpoint, mais les chairs flasques, mollasses; le bas-ventre saillant, tendu; la dentition tardive, l'esprit précoce, un goût prématuré pour les plaisirs des organes sexuels, un penchant à la masturbation, des retards dans la menstruation, une menstruation irrégulière, des hémorragies nasales fréquentes, un enchifrenement fréquent, une toux muqueuse répétée, de l'oppression, une respiration bruyante, des excoriations spontanées à la face interne des membres abdominaux, aux aincs, sous les aisselles, rebelles aux soins de propreté; de petits boutons croûteux habituels; de l'œdème aux bras, aux jambes, au visage, au scrotum; des sensations douloureuses le long du trajet des vaisseaux principaux des membres, prenant périodiquement, quelquefois avec gonflement sensible; un écoulement blanchâtre par le vagin, sans cause directement ou indirectement relative au coït; des aigreurs, des rapports acides, des selles variables, tantôt trop solides, tantôt trop liquides; tantôt de l'appétit, tantôt de l'anorexie; de l'appétence pour les farineux, pour le pain sec; des vers intestinaux, de la tension à l'abdomen, des borborygmes, des spasmes et des coliques, des accès irrégulièrement périodiques de frissons suivis d'une chaleur peu forte, avec augmentation ou apparition des aigreurs, de la toux dont nous venons de parler, ou du bruit de la respiration; enflure du ventre, soulagement passager par les purgatifs, et retour avec plus d'intensité.

A la suite de ces préludes, qui varient à l'infini pour l'intensité, la combinaison et la durée, on voit se développer les symptômes des scrofules proprement dits. Ces symptômes sont: la tuméfaction des glandes lymphatiques; des éruptions cutanées de diverses formes, particulièrement à la tête; des phlegmasies des organes qui contiennent beaucoup de glandes, telles sont l'ophthalmie, l'orgeolet et la fistule lacrymale; des flux muqueux des yeux, des oreilles, des bronches, des voies digestives, avec toux opiniâtre, mauvaise digestion; la tension et la dureté du ventre par la tuméfaction des glandes mésentériques; des ulcères d'un aspect sale, fournissant un

pus clair, aqueux, floconneux, se cicatrisant et se rouvrant tour à tour, peu douloureux, interminables; des tumeurs lymphatiques, élastiques, sans chaleur, sans douleur; le goître.

Dans la troisième période, on observe : le carreau, les tumeurs blanches des articulations, la luxation spontanée de l'articulation coxo-fémorale, l'hydropisie, l'hydrocéphale, soit aiguë, soit chronique ; la phthisie tuberculeuse, le spina-ventosa, la carie, le cancer, la consomption abdominale, ou carreau des adultes; le rachitisme, des spasmes, des paralysies, l'hypocondrie, l'épilepsie, la constipation, la diarrhée, la suppression ou l'augmentation des diverses sécrétions, enfin le crétinisme.

Les causes prédisposantes et occasionelles auxquelles on attribue cette effroyable série de maux, sont l'hérédité, caractérisée chez certains enfans par des ophthalmies, des éruptions cutanées, des écoulemens puriformes derrière les oreilles, le pemphigus, des engorgemens glanduleux, le spina-bifida, le sclérème ; l'enfance, le sexe féminin, la faiblesse, la syphilis des parens, l'allaitement artificiel, tous les farineux, la bouillie; les légumes, tels que la pomme de terre, les alimens trop aqueux, amers; la gloutonnerie, le mauvais choix des nourritures ; un air froid et humide, la privation de la lumière, l'habitation dans les lieux enfermés, dans les vallées étroites; le séjour dans le nord, le long des rivières, les variations atmosphériques, un air chargé d'émanations animales, l'usage prématuré et immodéré du thé et du café; l'abus des émétiques, des purgatifs et des stomachiques; les fièvres de longs cours dans lesquelles l'estomac et les intestins sont affectés; les coqueluches, toutes les toux violentes, les acides des premières voies, les vers intestinaux, l'abus des narcotiques, les crises incomplètes, contrariées, le défaut d'exercice, la malpropreté, l'abus de la chaleur, le coucher sur la plume, la contention précoce de l'esprit, l'exercice prématuré des parties sexuelles, la masturbation, les affections tristes, le froid excessif, les bains froids, l'époque de la croissance, un accroissement trop rapide, le printemps, les contusions, les plaies, toutes les maladies d'irritation, surtout la variole, la rougeole, la scarlatine, la vaccine, la syphilis.

Tel est le tableau des signes précurseurs et caractéristiques des causes des scrofules, ou plutôt de la maladie scrofuleuse, selon Hufeland qui a suivi Baumes pas à pas en le traçant. Ajoutons qu'on a prétendu que cette maladie était contagieuse, mais que cette idée est tombée en désuétude à la suite de diverses expériences, d'ailleurs assez peu concluantes, mais sans lesquelles on pouvait décider la question.

Lorsque l'on compare ce tableau avec celui de beaucoup d'autres maladies réputées générales, on se demande en quoi il en diffère, et l'on trouve que les seules différences caractéristiques sont d'abord les signes de la prédisposition scrofuleuse, puis les tumeurs glanduleuses, et les ulcères fournissant un pus tout à la fois aqueux et floconneux. Si tous les autres symptômes et toutes les maladies dont nous venons de présenter la série, ont été mis au nombre des phénomènes scrofuleux, c'est qu'on les a observés chez des sujets qui avaient offert ou qui offraient les signes de cette prédisposition ou les ulcères dont nous venons de parler. Nous allons décrire en détail les affections qui viennent d'être énumérées, et, pour cela, Baumes sera notre guide; nous examinerons ensuite si tous les signes de la constitution scrofuleuse sont bien caractéristiques; nous rechercherons jusqu'à quel point on doit considérer comme scrofuleux, c'est-à-dire, comme lymphatiques, toutes les lésions confondues sous le nom de scrofules; ensuite nous examinerons si le système lymphatique est réellement et toujours le siége des tumeurs et des ulcères scrofuleux, puis si les scrofules sont constituées par l'atonie, ou par l'atonie et l'irritation, ou enfin par l'irritation seulement. Nous énumérerons ensuite tous les moyens propres pour guérir les scrofules; enfin, nous dirons quels moyens ont paru préférables dans le traitement de ces maladies jusqu'à ce jour.

Le symptôme le plus ordinaire et le moins intense des scrofules est la tuméfaction des ailes du nez, d'un seul ou des deux côtés, et de la lèvre supérieure, avec rougeur luisante, sentiment de tension excessivement incommode, et picotement insupportable; des gerçures se forment dans ces parties, surtout dans les temps froids et humides.

Une ophthalmie chronique opiniâtre est encore un des signes les plus ordinaires des scrofules; la conjonctive est d'un rouge blafard; il y a peu de douleur, une sécrétion abondante a lieu, des ulcères se forment fréquemment et sont très à redouter.

Le signe le plus caractéristique des scrofules, le seul auquel les anciens aient donné ce nom, est la tuméfaction des glandes lymphatiques péri-maxillaires, trachéliennes et sous-occipitales. Ces glandes forment, dit Baumes, des tumeurs irrégulières plus ou moins dures, fixes, indolentes, sans changement de couleur à la peau; elles sont situées autour de la glande parotide, sous le muscle masseter, vers le menton, sur les attaches antérieures des muscles digastriques, vers les glandes maxillaires, le long du cou latéralement, sur le pharynx et sur l'extrémité supérieure de l'œsophage, sous la peau, au dessous et en arrière des apophyses mastoïdes, enfin à l'occiput, vers l'extrémité des muscles complexus. Le

pouls est fréquent, la peau chaude; le sujet est constipé, l'urine est rare et claire, les yeux sont brillans; ces phénomènes d'excitation cessent, et d'autres glandes de même nature se tuméfient. Après un certain temps, il se forme autour de ces tumeurs d'autres tumeurs; les unes plus extérieures, plus apparentes, petites, sphériques ou ovales, molles, un peu élastiques, sous la peau; les autres plus intérieures, plus profondes, molles aussi et arrondies, mais un peu plates, entourées à leur bord d'un cercle rénitent, et offrant à leur centre une fluctuation obscure.

Ces nouvelles tumeurs s'amoncèlent autour des tumeurs primitives, et les recouvrent en augmentant le volume et la difformité du cou. Elles suppurent plus tard, et déterminent, dans le tissu cellulaire, des délabremens qui rendent les cicatrices fort apparentes. Le pus qu'elles fournissent est sanieux et fétide, tantôt d'un blanc mat et ayant la consistance du pus, tantôt ichoreux. Si ces tumeurs sont nombreuses, le visage est bouffi, les yeux saillans et humides, la salive abondante. Quand la maladie est très-avancée, les glandes salivaires s'affectent. Les tumeurs primitives se comportent autrement; souvent elles subsistent dans l'état que nous avons décrit pendant un ou deux ans et même davantage; insensiblement elles grossissent sans cesser d'être fixes; la couleur de la peau s'altère; ce tissu devient pourpre, bleu ou rose pâle; les glandes tuméfiées s'amollissent ordinairement sans devenir douloureuses, parfois avec douleur, et l'on y sent une fluctuation obscure. Ce ramollissement et cette suppuration sont ordinairement partiels, ce qui ajoute à la difficulté qu'on éprouve pour les reconnaître; peu à peu la peau, colorée comme il vient d'être dit, blanchit par petits placards. Ce tissu se perfore; il s'y forme de petits trous d'où s'écoule une matière plus délayée que le pus phlegmoneux, d'une odeur aigre, qui devient de plus en plus liquide, jusqu'à n'être plus qu'une sérosité visqueuse, entremêlée de petites parties d'une substances blanche qui ressemble à du blanc d'œuf cuit ou à du lait caillé. Pour l'ordinaire, à côté de ces petits trous, il se développe des mamelons fongueux rougeâtres, dont le rapprochement ferme exactement les ouvertures; quelquefois ce sont des croûtes épaisses, d'un jaune doré et d'une odeur aigre-douce, résultat de la concrétion d'une matière muqueuse qui se durcit à sa sortie, et qui bouche ces ouvertures. La matière purulente se ramasse sous ces croûtes, fuse dans le tissu cellulaire, occasione des démangeaisons, forme des clapiers; lorsque ceux-ci sont étendus, la fièvre lente survient ainsi que la maigreur. Parfois les tumeurs scrofuleuses s'affaissent après la suppuration, quoique celle-ci ait été partielle; mais les

ulcères ne se ferment pas; ils s'étendent davantage, irrégulièrement; ils se circonscrivent bientôt et se creusent; leurs bords, qui d'abord étaient plats, souples, évasés, sans végétations, quoique croûteux, se rapprochent, deviennent calleux, et se montrent quelquefois sous l'aspect d'une fistule. Si ces ulcères se cicatrisent en tout ou en partie, ce n'est que passagèrement; tôt ou tard ils se rouvrent, à moins que, dans le voisinage, il ne se forme une tumeur ou un ulcère. Il n'est pas rare de voir les tumeurs, les ulcères et les cicatrisations alterner jusqu'à ce qu'enfin la tumeur primitive ayant disparu, la cicatrice soit définitive; elle est indélébile, pâle, souple, ordinairement ridée, souvent multiple.

Les tumeurs scrofuleuses du cou, en comprimant les vaisseaux, déterminent, selon Baumes, des signes de pléthore de la tête. Ces signes ont en effet lieu; mais proviennent-ils réellement de cette compression? Cet auteur s'attache aussi à différencier ces tumeurs d'avec celles qui sont le résultat de l'inflammation des glandes salivaires ou du tissu cellulaire voisin, développée sous l'influence du froid, de la compression, de l'inflammation de la peau, d'une odontalgie, de la scarlatine, de la teigne muqueuse, qu'il appelle tumeurs scrofuliformes.

Après ou sans avoir affecté les glandes lymphatiques péricervicales, cervicales et occipitales, l'inflammation scrofuleuse se manifeste quelquefois dans les glandes sous-clavières, susscapulaires et surtout axillaires. Ces dernières se montrent alors sous forme de tumeurs plates, isolées, profondes, qui croissent peu à peu en tous sens, s'unissent et ne forment ensuite qu'une masse sans douleur, sans chaleur, sans coloration; le bras finit par se tuméfier, s'œdématier; de la chaleur et de la douleur se font sentir sourdement dans la tumeur; une suppuration opiniâtre s'établit, le tissu cellulaire se détruit, le pus fuse sous les muscles pectoraux, les glandes ne se détruisent pas; quand le tiraillement a disparu, elles forment de petites tumeurs isolées, plus dures, plus inégales qu'auparavant; quelquefois cependant elles s'ulcèrent elles-mêmes; quelquefois des douleurs se font sentir dans la partie latérale de la poitrine, par l'effet de l'inflammation du tissu cellulaire souspectoral; quelquefois, à la suite de l'engorgement du bras, les os de l'articulation huméro-cubitale se carient.

Rarement les glandes et les vaisseaux lymphatiques mammaires s'affectent; cependant Bierchen a décrit, sous le nom de carcinome scrofuleux de la mamelle, une tuméfaction, une induration, une ulcération de cet organe, ayant un aspect hideux et de la ressemblance apparemment avec le cancer; ces désordres ont alors lieu dans l'appareil lymphatique

situé sous la face postérieure de la mamelle, à l'endroit où elle adhère au muscle grand pectoral. Ce carcinome est, dit-on, moins dur que le cancer véritable, peu douloureux alors même qu'il est à son plus grand développement; mais, à cette époque, il revêt un aspect tout particulier; la mamelle devient livide, se durcit, s'aplatit, ou bien se resserre vers les côtes en formant un sillon profond. Quelquefois ce carcinome fournit un pus très-louable, d'autres fois un ichor noir et fétide; plusieurs nodosités s'ouvrent, suppurent, se cicatrisent; ces ulcères sont blancs et comme du lard; d'autres sont rouges et fongueux; ils résistent à la cicatrisation, ou conservent des croûtes dures et sèches; quand on les extirpe, ils reparaissent.

Les glandes lymphatiques péri-bronchiques et intra-pulmonaires peuvent s'affecter chez les scrofuleux; ce sont ces dernières qui, selon Baumes, forment les tubercules du POUMON. Toutefois cet auteur, en admettant que la phthisie peut être scrofuleuse, nie que la vraie phthisie soit par essence de cette nature. Dans l'état actuel des doctrines régnantes, Broussais est le seul des dogmatiques qui considère la phthisie pulmonaire comme une affection lymphatique du poumon. La maladie scrofuleuse a donc paru, jusqu'à un certain point, un de ses plus importans attributs. Nous avons dit que Hugon ne voit dans ces scrofules que des phthisies.

Baumes admet que le corps thyroïde puisse être compris ou comme étouffé dans une tumeur scrofuleuse, mais non que le goître soit essentiellement scrofuleux. A l'égard du thymus, il répète, après Lieutaud, qu'on a trouvé cet organe squirreux, pierreux, très-volumineux, et il dit que les affections, rarement primitives, du thymus, donnent lieu aux phénomènes de la phthisie pulmonaire.

Les glandes lymphatiques qui avoisinent l'œsophage venant à se tuméfier, il peut en résulter une dysphagie des plus cruelles dans le diagnostic, ce qui est impossible quand il n'existe pas d'autres tumeurs scrofuleuses chez le sujet. On doit, à plus forte raison, renoncer à reconnaître, pendant la vie, le gonflement des glandes lymphatiques qui existent dans le voisinage de l'estomac, près du pylore, à la concavité du foie et de la rate, sur le poumon, le long des vaisseaux lombaires. Dans le FOIE, l'affection des glandes qu'il récèle donne lieu, selon Bordeu et Baumes, aux diverses altérations organiques dont nous avons parlé à l'article concernant ce viscère. On ne sait rien sur les scrofules de la rate et du pancréas. Nous avons trouvé ce dernier squirreux chez un sujet dont toutes les glandes lymphatiques abdominales étaient squirreuses, ou du moins volumineuses, blanches et fort dures. Dans les

ganglions mésentériques, l'affection scrofuleuse constitue le CARREAU.

Les glandes lymphatiques de la région inguinale, crurale, poplitée, sont rarement affectées; quand elles forment des tumeurs, elles offrent les mêmes phénomènes que celles des glandes cervicales, et les ulcères qui les accompagnent offrent des caractères semblables.

Baumes regarde l'induration blanche des membranes séreuses comme un effet de l'affection scrofuleuse; de là il déduit la nature scrofuleuse de l'hydrocéphale, opinion abandonnée.

On ne s'est pas borné à ranger parmi les scrofules les affections que nous venons de décrire, on y a encore placé la carie, avec ou sans gonflement, des os de la pommette, des phalanges, des doigts, du calcanéum, des autres os du métatarse et du métacarpe, des vertèbres et des os ou parties d'os qui forment les articulations, enfin l'ARTHROCACE, le SPINA-VENTOSA et l'inflammation des vertèbres; et pour cela on s'est fondé sur la nature du pus et l'aspect des ulcères qui résultent de ces maladies chroniques des os. On commence à moins s'occuper de la nature prétendue scrofuleuse de ces maladies, parce qu'on s'occupe davantage de leurs phénomènes. Faudra-t-il aussi examiner sérieusement s'il y a des scrofules du cerveau, des amygdales, des intestins, des organes génitaux, de la graisse, du tissu cellulaire, du sang? Faut-il examiner sérieusement si le rachitis, la goutte, sont de nature scrofuleuse?

Il se manifeste primitivement à la peau des ulcères semblables à ceux qui s'établissent à la suite de tumeurs suppurées des glandes lymphatiques sous-cutanées. C'est surtout aux jambes qu'on les voit paraître.

Alibert distingue deux espèces de scrofules: la *vulgaire* et l'*endémique*; la première est subdivisée en *glanduleuse*, *articulaire*, *cutanée* et *vasculeuse*; la seconde en *rhumatismale*, *rachitique* et *crétinique*. Il décrit de la manière suivante la variété *cutanée*: elle se montre, dit-il, le plus souvent au nez, elle corrode successivement tous les cartilages, elle envahit parfois tous les tégumens de la face; il se déclare quelquefois une énorme quantité de pustules dont la configuration est moins prononcée que celle des pustules syphilitiques; elles affectent communément une couleur d'amaranthe ou de lie-de-vin; rangées par traînées ou par séries les unes à la suite des autres, comme les grains d'un chapelet, tantôt elles s'aglomèrent par groupes inégaux et irréguliers, tantôt elles forment des segmens de cercle à bords proéminens et relevés, dont le centre va toujours en s'élargissant, comme cela s'observe dans la dartre furfuracée. Les unes se recouvrent d'é-

cailles légères; les autres sont surmontées par des croûtes épaisses, tuberculeuses et sillonnées à leur surface. Presque toujours les parties où résident ces pustules sont sensiblement tuméfiées; la face surtout est atteinte d'un boursouflement rougeâtre et érysipélateux.

Baumes admet non-seulement un virus scrofuleux stationnaire, c'est-à-dire fixé primitivement sur la partie où se montrent ses ravages, mais encore un virus scrofuleux métastatique, c'est-à-dire comme porté par fluxion sur le lieu qui devient le nouveau théâtre de la maladie. Il résulterait de là que les scrofules ne seraient pas une maladie générale, car si elle était générale dans son essence, et locale seulement en apparence, comment faire entrer la notion de métastase dans la théorie de cette affection?

Il résulte de tout ce tableau qu'on a donné le nom de scrofules aux irritations, aux inflammations rarement aiguës, toujours obscures, ordinairement chroniques, des ganglions et des vaisseaux lymphatiques; que l'on a étendu cette dénomination aux inflammations toutes obscures de parties où l'existence de ces ganglions, de ces vaisseaux est douteuse, et même de parties où il n'en existe pas, soit par suite de ressemblance dans le pus ichoreux, soit à cause des bords minces et décollés de la peau, soit seulement en raison de la lenteur de ces inflammations. Ce qu'on appelle scrofules métastatiques n'est rien autre chose que les irritations qui succèdent à la disparition d'irritations lymphatiques ou réputées telles. Il faut sans doute, et dans tous les cas, tenir compte de l'affection qui a cessé, mais sans remplir par l'hypothèse d'un vice, et moins encore d'un virus, le vide que l'observation laisse entre cette maladie et celle qui a paru après elle. C'est là le nœud gordien de toutes les maladies réputées générales. Elles ne paraissent telles que lorsqu'elles ont duré long-temps, et encore même alors elles ne sont pas générales, dans le sens de ce mot. C'est une étrange erreur de prétendre qu'il y a maladie générale chez un sujet dont les ganglions lymphatiques cervicaux sont seuls affectés, parce que la plupart des tissus se détériorent quand, en pareil cas, la maladie dure de longues années. Parce que la maladie a d'abord été lymphatique, on veut qu'elle le soit toujours et partout; c'est comme si on voyait une cystite dans tous les organes d'un vieillard qui succombe sous l'influence d'un catarrhe chronique de la vessie. Vous niez donc l'atonie générale et le mélange de faiblesse et d'irritation que, de tous temps, on a observé dans les scrofules? Je ne nie rien, mais quand on voit un organe se tuméfier, faire éprouver une douleur sourde, mais réelle, puis s'enflammer évidemment, qui peut méconnaître à ces

traits une irritation, puis une inflammation? La faiblesse des muscles est une circonstance de la maladie : elle n'indique point que la faiblesse absolue ou générale en soit l'essence; et d'ailleurs on indique comme signes de la diathèse scrofuleuse tous les signes de l'excitabilité prononcée du cerveau, et d'une circulation très-active à la peau.

En somme, jusqu'à ce qu'on puisse rayer le mot de *scrofules* du vocabulaire médical, il ne faut entendre par là que l'irritation, l'inflammation, ordinairement secondaire, parfois primitive, des vaisseaux et des ganglions lymphatiques.

On a dit que le vice scrofuleux pouvait se compliquer avec le vice rachitique, le virus syphilitique, le virus scorbutique, l'acrimonie dartreuse, les fièvres putrides, les virus variolique, rubéolique, la coqueluche : que doit-on entendre par là? que les inflammations lymphatiques peuvent venir compliquer ces maladies ou leur succéder, mais qu'il serait absurde de voir cette liaison autrement que dans les phénomènes qui caractérisent ces diverses affections, par exemple dans des états chimériques des humeurs, ou dans l'introduction d'êtres non moins chimériques.

La maladie glandulaire des Barbades et l'endurcissement du tissu cellulaire sont considérés, non sans raison, par Baumes, la première comme l'état aigu d'une affection dont les scrofules seraient l'état chronique, et la seconde comme l'effet d'une condensation des sucs albumineux sous-cutanés, ce qui est moins rationnel, sans qu'on puisse nier l'analogie de cet état morbide du tissu cellulaire avec celui de ce même tissu dans la maladie des Barbades. *Voyez* ÉLÉPHANTIASIS, LYMPHATIQUE et SCLÉRÈME.

On a prétendu que toutes les causes des scrofules étaient débilitantes. Broussais a solidement réfuté cette erreur. Baumes a du moins admis que le développement spontané des scrofules était rare. L'introduction du brownisme dans la théorie des scrofules a fait méconnaître l'influence évidente d'une grande partie des causes de ces affections, que les partisans de l'acidité scrofuleuse avaient très-bien remarquée : c'est ainsi que les dogmes hypothétiques font reculer l'observation ou la défigurent. Une considération importante, c'est que les scrofules se développent plus souvent sous l'influence d'un froid humide sur la peau, combinée avec celle des excitans nutritifs et médicamenteux sur la membrane digestive, que par l'action de toute autre cause. Les scrofules sont aussi du nombre des maladies qui peuvent se développer sous l'empire des modificateurs habituels de l'organisme, sans aucune circonstance frappante dans l'action de ceux-ci, pour peu qu'il y ait une forte prédisposition chez le sujet, et qui, par là,

semblent se développer sans causes. Faute d'avoir reconnu le concours des prédispositions et des simples excitations normales, on a été conduit à supposer des vices inhérens au corps, des virus spontanés inhérens aux humeurs. Ce qu'on prend pour des *vices* n'est que la spécialité individuelle, qui ne saurait être regardée comme une maladie, aussi long-temps qu'il n'en résulte aucun symptôme, aucune altération d'organes; autrement il faudrait dire que tous les hommes sont malades, alors même qu'ils se portent le mieux.

En jetant un coup d'œil sur les phénomènes des scrofules, nous y voyons tous les symptômes de l'irritation dans toutes ses manifestations, mais surtout dans ses formes lentes, et moins que dans tant d'autres affections inflammatoires chroniques, des signes d'affaiblissement, si ce n'est dans la dernière période de la maladie, lorsqu'elle a déterminé de nombreuses ou profondes affections sympathiques des viscères.

Le pronostic des scrofules est souvent fâcheux, et d'autant plus que l'on abuse des irritans à l'intérieur et localement. Les tumeurs formées par les ganglions lymphatiques restent des mois, des années, dans l'indolence, ou du moins sans faire éprouver autre chose que de la gêne et un fourmillement à peine sensibles. Assez souvent cependant, elles suppurent, et, dans le plus grand nombre des cas, elles se cicatrisent après plusieurs mois, un an ou davantage. On a dit trop généralement que la puberté n'exerçait point d'influence sur la marche des scrofules; c'est au contraire le plus petit nombre des jeunes gens qui s'en voit affecté au delà de cette époque; la mort par les scrofules externes n'est pas très-fréquente, et rien n'est plus commun que de voir des sujets d'un âge plus ou moins avancé porter des cicatrices d'ulcères lymphatiques. Passé l'âge de la puberté, c'est la poitrine ou les articulations qui s'affectent; mais déjà on ne regarde plus la phthisie pulmonaire ou pleurétique comme scrofuleuse, et les maladies des articulations sont infiniment moins communes que les scrofules proprement dites. La mort n'a lieu, dans les scrofules en général, que lorsqu'un viscère s'affecte sympathiquement, ou lorsqu'une articulation fournit une suppuration abondante et permanente.

On n'a pas d'ouvertures de cadavres nombreuses et bien faites de sujets morts dans ce qu'on appelle la cachexie scrofuleuse, ou par suite d'affections lymphatiques multiples. Salmade a fait le tableau suivant des altérations organiques trouvées chez les scrofuleux : « On remarque ordinairement, entre les méninges, les circonvolutions et les anfractuosités du cerveau, une exsudation du fluide lymphatique. La substance de ce viscère paraît plus serrée et plus compacte; les ventri-

cules sont communément dilatés et abreuvés de cette sérosité. Le plexus choroïde est gorgé et rempli d'hydatides, la membrane qui tapisse l'intérieur des ventricules latéraux est presque toujours parsemée d'une matière glutineuse. Le médiastin est plus difficile à déchirer; le tissu cellulaire y est plus dense, et plein d'une matière semblable à du suif épaissi. Le thymus est communément rempli de concrétions blanchâtres; on trouve un épanchement séreux dans la cavité du thorax. Les poumons souvent adhèrent à la plèvre, de manière qu'il n'est pas possible de les séparer sans les déchirer : on aperçoit dans celle-ci des concrétions membraniformes. Quelquefois les lobes sont tuberculeux, et les tubercules égalent la grosseur d'un marron; d'autres fois ils sont en suppuration, et communément squirreux ou caruifiés; le pus qui s'en écoule est blanchâtre et granuleux. Les glandes placées dans la division des bronches, et qui se continuent dans l'intérieur du poumon, tantôt sont dures et squirrheuses, tantôt contiennent une matière terreuse et blanchâtre. Toutes les glandes thoraciques, péricardines et œsophagiennes, etc., sont engorgées et tuberculeuses. Le péricarde renferme plus de liqueur qu'à l'ordinaire, et d'un jaune foncé. Le sang ayant perdu beaucoup de sa couleur, le cœur est pâle, flasque, et n'a pas le volume ordinaire, comme tous les muscles en général. L'épiploon renferme ordinairement des concrétions graisseuses de la consistance de la cire, ou bien des hydatides remplies d'une matière lymphatique. L'œsophage est rétréci; plusieurs fois l'estomac est maléficié, et ses membranes ont acquis l'épaisseur d'un doigt; parfois son volume n'égale pas la capacité de l'intestin duodénum, il offre au scalpel la même résistance qu'un corps calleux, et le pylore est presque entièrement oblitéré; les glandes mésentériques, mésocoliques, gastro-épiploïques, hépatiques, pancréatiques et spléniques, lombaires, hypogastriques et iliaques externes, offrent des engorgemens ovoïdes dont la grosseur est plus ou moins considérable. Plusieurs de ces glandes sont dures, rangées en peloton, et prêtes à s'abcéder; d'autres contiennent une matière plâtreuse; d'autres sont squirrheuses, ou rougeâtres et comme carnifiées. Le foie est presque toujours plus volumineux, d'un gris plus blanc qu'à l'ordinaire et friable. La vésicule du fiel est gorgée de bile d'un verd très-clair et très-fluide. La rate n'éprouve pas beaucoup d'altération; quelquefois elle contient des matières blanchâtres comme du lait caillé; quelquefois des matières grisâtres. Le pancréas est squirrheux, et renferme de petites pierres calcaires. Le canal thoracique est engorgé et contient une matière crétacée. La matrice est quelquefois racornie au point que sa cavité n'excède pas celle d'un pois.

Il n'est pas rare que les ovaires soient squirrheux et augmentés considérablement de grosseur. La graisse qui environne les reins est comme lardacée; les autres viscères ne présentent ordinairement rien de remarquable. Les glandes de la tête et celles des jugulaires, les glandes axillaires et celles du bras, les glandes inguinales et poplitées, sont de même troublées dans leur structure organique. »

Une particularité digne de remarque, c'est que, si le régime animal de mauvaise nature et exclusif, et l'humidité donnent lieu au scorbut, l'humidité et le régime végétal de mauvaise qualité et exclusif dispose aux scrofules.

Ce tableau qui rappelle les temps barbares de l'anatomie pathologique, n'est d'aucun secours pour l'appréciation de la nature des scrofules. Il est à désirer qu'un habile anatomiste décrive avec soin l'état des ganglions lymphatiques dans toutes leurs altérations morbides après la mort; il faudra faire des expériences sur les animaux vivans, examiner avec soin les ganglions lymphatiques que l'on extirpe avec les tumeurs squirrheuses et cancéreuses.

S'il y a peu de maladies qui résistent plus opiniâtrément, dit Baumes, que la maladie scrofuleuse aux efforts de la médecine, il y en a peu néanmoins pour lesquelles on ait vanté un plus grand nombre de remèdes; toutes les drogues les plus actives, tous les médicamens chimiques reconnus pour avoir le plus de prise sur le système animal ont été passés en revue, et une grande partie ont été célébrés pour leurs propriétés antiscrofuleuses; un bien petit nombre cependant ont conservé quelque réputation, que des médecins très-éclairés regardent même comme peu méritée. Malgré ces réflexions fort sages, voici la méthode qu'il propose : pour combattre, détruire le vice scrofuleux, et prévenir ses effets, il recommande la limaille de fer, l'oxide jaune de fer, le tartrate de fer, le muriate d'ammoniaque martial, l'éther martial, la garance, les absorbans et les alcalis, le carbonate de potasse, l'eau de chaux et le savon. Afin d'écarter les conditions nécessaires au développement du vice scrofuleux, il conseille les bains, les lavages, l'immersion dans l'eau froide, un doux émétique réitéré de temps en temps; l'extrait des plantes amères combiné avec celui des plantes antiscorbutiques, ceux d'absinthe, de gentiane, de fumeterre, de cresson, de cochléaria, et surtout les extraits secs et mous de quinquina. Dans l'intention d'éviter ou de corriger les causes qui influent sur le développement et les progrès du vice scrofuleux, il recommande de changer d'air, ou du moins de se déplacer assez pour en respirer un plus pur et un plus sec; employer les moyens convenables pour le rendre chaud et moins humide; dégager des vapeurs aromatiques; assainir

et rendre propres les habitations, leur ouvrir des fenêtres pour y faire pénétrer la lumière, et y renouveler l'air quand on ne peut en changer; promener le sujet au soleil, pratiquer des frictions sèches sur le corps, porter des vêtemens de laine, remplacer le lait d'une mère scrofuleuse par celui d'une nourrice douée d'une bonne constitution sanguine, s'il se peut, ou par celui d'un animal, ou du moins soumettre la mère à un régime et un traitement convenables, afin de rendre son lait médicamenteux; ne pas borner l'enfant pendant trop long-temps à l'allaitement; donner de bonne heure des panades aromatisées et même vineuses; insister sur l'usage de la carotte, des navets, de la scorsonère, du salsifis, du chervis, des choux, des oignons, des poireaux, du cerfeuil, de la roquette, de la moutarde, du mouton, du bœuf, des écrevisses, des fruits rouges d'été, des châtaignes, du chocolat, du café; combiner les farineux avec les œufs, la viande et les herbes appropriées; donner ces alimens avec sobriété et mesure; boire de l'eau très-pure, du bon vin, et, par intervalle, une infusion aqueuse de graines de genièvre ou une décoction de racines de persil, de fenouil, d'asperge, de céleri; prendre de l'exercice, exercer les muscles selon l'âge, faire des frictions, voyager, naviguer, ne pas dormir trop long-temps, coucher sur la dure; favoriser les excrétions par des évacuans relatifs; user de linge blanc, le parfumer avec les baies de genièvre; se marier de bonne heure, l'observation ayant appris que les enfans des scrofuleux, au premier degré, sont plus sains que ceux des scrofuleux au second ou au troisième; se livrer à la gaieté, éviter le chagrin. A ces moyens, Hufeland ajoute les bains tièdes, les antispasmodiques, les narcotiques, afin de calmer l'irritation des organes affectés, et de résoudre le spasme qui empêche le libre exercice des fonctions. Il faut, dit Baumes, que le praticien sache que les débilitans et les vrais calmans, maniés avec prudence et habileté, peuvent quelquefois préparer et même hâter la guérison des scrofules; venant ensuite à la méthode curative, il recommande pour liquéfier et adoucir la lymphe et résoudre l'engorgement des glandes, les préparations d'or, celles du mercure, par exemple, les frictions faites dans la bouche avec le muriate de mercure doux quand les glandes du cou sont affectées, et dans l'ophthalmie scrofuleuse; les frictions avec l'onguent mercuriel sur les bras quand les glandes axillaires inférieures sont affectées; les sels mercuriels à l'intérieur et les lavemens mercuriels quand les glandes mésentériques sont affectées; les frictions avec l'onguent mercuriel sur les extrémités inférieures, ou d'onguent de muriate oxigéné de mercure sous la plante des pieds quand les glandes inguinales sont malades; les fumigations mercurielles ou les bains antisyphilitiques de Baumé

quand les glandes éparses dans le tissu cutané paraîtront l'exiger; les préparations insolubles de mercure quand les glandes sont dures et indolentes, et, par exemple, les pilules de Belloste, le muriate doux de mercure, et le carbonate de mercure; les frictions mercurielles quand on a déterminé une sorte de travail dans les parties malades, surtout en y joignant les bains de mer, les bains et les boissons d'eaux minérales chaudes et sulfureuses; le muriate oxigéné de mercure quand les tumeurs sont ulcérées ou sur le point de l'être, surtout quand l'affection scrofuleuse est la suite de la variole; le mercure quand l'affection scrofuleuse est compliquée de syphilis, pourvu que les scrofules soient à leur première période, qu'il n'y ait pas d'inflammation, et que le siége ne soit pas doué d'une irritabilité générale que le mercure augmente cruellement, dit Baumes. Le mercure ne doit être donné, dans la seconde période, qu'en y joignant l'usage des toniques, des fortifians; il convient mieux aux montagnards qu'aux citadins. Le sirop de Bellet tant vanté ne paraît être actif que parce qu'il contient du nitrate de mercure alcoolisé ou combiné avec l'éther nitrique. Aux préparations qui viennent d'être indiquées, Baumes ajoute le mercure gommeux de Plenk, le remède altérant de Plummer, et l'eau de mercure de Theden. Il loue l'union du mercure, du fer, de l'opium, de la ciguë, de la jusquiame. Au reste, on n'oubliera pas, dit-il, que le mercure fait cesser les accidens scrofuleux sans guérir la maladie.

Outre l'or et le mercure, il indique, comme fondans de la lymphe, le sulfure d'antimoine, le tartrate antimonié de potasse seul, à petite dose, ou mêlé avec les yeux d'écrevisses, l'oxide d'antimoine hydro-sulfuré rouge, le muriate de mercure doux trituré avec l'oxide d'antimoine hydro-sulfuré rouge et le camphre, le sulfure antimonié de mercure noir; l'oxide d'antimoine sulfuré orangé, l'éthiops antimonié, l'acétate de potasse antimonial; ce qu'il y a de curieux, c'est que, selon Hufeland, l'antimoine en substance a ses avantages, surtout quand l'estomac est irrité, quand les préparations ordinaires occasionent des nausées et des vomissemens, quand l'estomac est très-relâché. Le fer est moins favorable pendant qu'avant les scrofules, à moins que l'on n'administre les eaux minérales ferrugineuses. Le soufre n'est pas dénué de vertus, administré par une main prudente; il est préférable dans les eaux minérales. On a employé avec succès la magnésie pure, l'eau de chaux, les alcalis fixes, l'ammoniaque, les sulfates de potasse et de soude, le muriate de soude, l'acide boracique, les carbonates de potasse et de soude, le muriate et le carbonate d'ammoniaque; le nitrate et le muriate de chaux, le sulfate, le nitrate et le muriate de magnésie, l'éponge, le fucus et le

varec calcinés, le muriate de baryte, les acétates de potasse, de soude et d'ammoniaque, le tartrate de soude potassé.

Dans le règne végétal, Baumes indique comme antiscrofuleux : la filipendule, la cynoglosse, la petite chélidoine, le dompte-venin, le boucage, le grateron, la valériane, le polypode, la saponaire, l'arrête-bœuf, la fougère mâle, la squine, le méchoacan, les capillaires, la petite saxifrage, le pissenlit, la rue, le cresson, l'herbe aux cuillers, le cerfeuil, le tussilage, la petite marguerite, la germandrée, la grande scrofulaire, le xantium, le glaïeul, le sorgo, le souci, le le chardon à bonnetier, la grande ortie puante, le pêcher, le prunus padus, le noyer, l'arnica, la globulaire cordiforme, la digitale, la clématite, la douce-amère, la camomille, la graine de coriandre, la noix de ben, les glands du chêne, l'écorce d'orme pyramidal, le quinquina, le sassafras, l'helvella acaulis, le marrube, la velvote, la coquelourde, la ciguë, l'opium, l'aconit, la scammonée, la gomme ammoniaque, la résine de gaïac, la myrrhe, la digitale.

Dans la seconde période des scrofules, il ne s'agit plus de fondre la lymphe; il faut, dit Baumes, nourrir les malades avec les carottes, les concombres, les végétaux frais des jardins en un mot, en y entremêlant de temps en temps la viande de boucherie, la volaille et le gibier; le laitage est alors utile. A l'égard des remèdes, il faut préférer le quinquina, l'eau de goudron, la garance, les ferrugineux, les lézards, la tisane de Felz, la tisane dépuratoire de Vigarous; on peut se bien trouver, ajoute-t-il, d'un mélange de soufre sublimé, de tartrate acidule de potasse et de thériaque, ou de quinquina.

Si le lecteur n'est pas las de lire, je me lasse d'écrire un pareil farrago, monument hideux de l'empirisme le plus rebutant. Ce n'est pas qu'on doive blâmer Baumes d'avoir présenté en détail ce dédale de la pharmacomanie antiscrofuleuse, mais il aurait dû y porter le flambeau de la critique. Mais ce n'est pas tout; ce qu'on vient de lire n'est que le traitement général; reste à exposer celui des tumeurs scrofuleuses. Ici reparaissent toutes les substances que nous avons nommées; plus, un grand nombre d'autres, et notamment les purgatifs et les sudorifiques. A l'égard des topiques, il indique, par ordre chronologique, la chaux vive mêlée avec le miel, la cendre de l'écorce de saule, l'onguent d'essence de mastic et de poivre, celui de benjoin, de térébenthine et de cire, le savon dissous dans l'eau de chaux, l'emplâtre de gomme ammoniaque et épipastique, l'acide muriatique térébenthiné, le baume de vie externe de Plenk, l'emplâtre de savon, l'emplâtre de gomme ammoniaque, de sagopénum, de vinaigre et d'antimoine cru, l'ammoniaque liquide, l'asa-fœtida, l'acétate d'am-

moniaque, le romarin pilé, l'infusion de tabac, la mumie minérale de Poterius, le suc caustique de l'anacarde, le suc de concombre sauvage, de la racine de flambe de rivière, des vésicules du chêne mariu, la racine fraîche pilée du pain de pourceau, ou celle de bryone, l'écorce de la racine de mandragore, les feuilles vertes de noyer, d'aulne, la fiente de pigeon, les emplâtres de ciguë, de belladone, le sulfate calcaire chaud, la percussion répétée avec un linge mouillé, le cautère objectif.

Qui a pu conduire à prodiguer ainsi les excitans internes et externes les plus violens dans le traitement d'une maladie qui, le plus ordinairement, cesse d'elle-même, à la vérité après une très-longue durée? L'impatience des malades d'une part, et de l'autre l'idée de rendre la maladie aiguë et douloureuse dans l'espoir de la guérir en peu de temps. Baumes ne dissimule pas que le traitement antiscrofuleux doit être mitigé dans plusieurs cas; plus, dit-il, les tumeurs scrofuleuses sont anciennes, et plus il est permis d'insister longtemps sur les fondans actifs; au contraire, plus les tumeurs sont promptes à s'enflammer et à s'ulcérer, et plus il faut être modéré sur l'administration des fondans, ou ne donner que les moins incendiaires. C'est dans cette dernière circonstance, ajoute-t-il, que l'application, même réitérée, des sangsues sur les glandes tuméfiées et irritées, devient un puissant secours, surtout quand le sujet est un peu sanguin, et lorsque l'inflammation locale exerce une action marquée sur tout le système vital. Pujol conseille d'abandonner les moyens excitans lorsque les engorgemens scrofuleux internes ou externes se chargent de phlogose et d'inflammation, lorsqu'ils se trouvent dans un état de fonte et de suppuration, lorsqu'ils affectent une dégénération cancéreuse, lorsqu'ils sont convertis en ulcères rebelles. Il recommande, dans le premier cas, la diète légère, douce et rafraîchissante, les boissons adoucissantes, tempérantes et mucilagineuses, le petit-lait surtout, les bains et demi-bains modérément chauds, la saignée, qu'il faut ménager sans doute, dit-il, mais qu'il ne faut pas omettre facilement, et qu'on doit même savoir prodiguer, puis les ventouses scarifiées dans le voisinage du mal.

L'inflammation scrofuleuse des paupières et des yeux, disait Heberden, réclame quelquefois une émission sanguine qu'il est très-convenable d'obtenir à l'aide de quatre sangsues ou davantage, appliquées aux tempes de quatre en quatre ou sept jours, durant un mois; le meilleur des topiques, pour diminuer la douleur et mitiger l'inflammation, est, selon lui, le cataplasme de mie de pain ou de graine de lin entre deux linges appliqué sur l'œil; il est en outre avantageux d'oindre

le bord des paupières avec du sain-doux, pour prévenir leur agglutination.

Les scrofules commençantes, à l'extérieur du corps, sous quelque formes qu'elles soient, peuvent être, selon Broussais, enlevées par les sangsues appliquées avec hardiesse : alors, dit-il, la diathèse, qui n'est que la répétition de l'irritation par similitude de tissu, ne s'établit pas. La disposition scrofuleuse qui se déclare tout à coup à l'extérieur, non invétérée, est détruite par l'air sec, chaud et lumineux; elle cède aussi à l'exercice, mais seulement en plein air. Les *ingesta* stimulans ne guérissent la disposition scrofuleuse que par l'excitation des dépurations, c'est-à-dire par la révulsion, et s'ils ne la produisent pas, ils exaspèrent l'irritation scrofuleuse comme toute autre. Ils développent la gastro-entérite, et l'ajoutent aux irritations scrofuleuses de l'extérieur, c'est le *carreau* des auteurs; et si le poumon contracte l'irritation, c'est la *phthisie* dite *scrofuleuse*. La diathèse scrofuleuse invétérée à l'extérieur du corps se détruit, avec le temps, par l'exercice en plein air, la sobriété et les alimens sains, pourvu que les irritans soient ménagés de manière à ne pas développer de phlegmasie dans les viscères. Les exutoires sont utiles pourvu qu'une gymnastique convenable seconde leurs effets, et qu'on n'appelle pas l'irritation vers l'intérieur par l'abus des stimulans. L'ostéomalacie est une irritation du système osseux qui dépend des mêmes causes que les scrofules, et qui se guérit de la même manière. Les phénomènes chroniques ou phthisies, sont plus rares que les gastro-entérites chroniques ou carreaux, chez les scrofuleux et les rachitiques encore enfans, parce que le poumon est alors moins disposé à l'inflammation que les voies gastriques; il importe donc beaucoup de ne pas ajouter à cette disposition.

Si, comme on n'en peut douter, les affections dites scrofuleuses ne diffèrent des autres maladies que par la constitution des malades, on ne doit pas les distinguer aussi sévèrement qu'on l'a fait jusqu'ici, ou bien il faut admettre autant d'espèces d'inflammations, d'abcès, d'ulcères, etc., qu'il y a de constitutions possibles : or, pour peu qu'on voulût en faire le dénombrement, on verrait qu'elles pourraient devenir le texte d'un travail de classification bien compliqué. Certes, il viendra une époque où l'on s'étonnera que des hommes doués d'un jugement sain aient pu admettre des inflammations bilieuses, lymphatiques, scrofuleuses, scorbutiques, etc.

Il résulte, si je ne me trompe, de ce qui précède, que, dans le traitement des affections scrofuleuses, il y a deux indications à remplir : 1° employer les moyens propres à faire cesser la lésion locale que l'on veut guérir; 2° et ceux qui sont

susceptibles de modifier la constitution du sujet, constitution qui n'est jamais une maladie générale, comme on se l'imagine, mais seulement une condition peu favorable à la guérison de la maladie locale. Ainsi, les affections scrofuleuses ne sont pas plus dues à un état morbide général, parce que les sujets qui en sont affligés y étaient prédisposés par leur constitution lymphatique, que les inflammations dites exquises ne sont générales, parce que ceux qui en sont affectés y ont été préparés par leur constitution sanguine. Seulement, dans les premières, la constitution prédispose aux maladies chroniques, tandis que, dans les dernières, elle ne prédispose qu'aux maladies aiguës.

Si maintenant nous jetons un coup d'œil sur les maladies scrofuleuses, en faisant momentanément abstraction de l'état général des sujets, nous trouvons que, dans les unes, il y a inflammation bien prononcée, douleur et rougeur, ou au moins douleur; que, dans les autres, il n'y a ni douleur, ni rougeur, ni chaleur. Ainsi, dans les premières, l'inflammation existe encore; dans les secondes, elle n'existe pas, mais presque constamment elle a existé. Quoi qu'il en soit, l'indication, dans les premières, est d'employer des moyens antiphlogistiques dont l'action soit peu intense, de manière à faire cesser la douleur, sans que l'activité vitale s'éteigne dans la partie lésée; dans les secondes, si l'organe est important, on ne fera rien qui puisse réveiller l'inflammation, surtout si elle n'a cessé que depuis peu de temps, et bien plus encore si l'on craint qu'elle n'ajoute un nouveau développement à l'altération que l'on veut guérir. Dans les unes et dans les autres, on doit prescrire au malade des alimens de la meilleure qualité, mais en petite quantité si le sujet a été nourri d'alimens grossiers, insalubres; on ordonnera, au contraire, un régime sévère et purement adoucissant, s'il a été gorgé d'alimens substantiels et toniques. Pour employer à propos ces deux genres de régime, il faut avoir surtout égard à l'état des voies digestives.

La peau, dont les fonctions doivent être intactes pour que la nutrition s'opère convenablement, mérite une sérieuse attention. Si ce n'est pas elle qui est enflammée ou ulcérée, et qu'aucun viscère ne soit irrité, il conviendra de prescrire les bains très-chauds, chargés de substances minérales, alcalines, salines ou sulfureuses. Si un membre seul est affecté, ces mêmes bains pourront être prescrits lorsque l'ulcère ne sera point irrité; si ce membre est le siége d'une inflammation, celle-ci ne sera pas toujours une contre-indication si elle n'est point accompagnée de douleur vive, mais seulement de prurit. Dans ce dernier cas, les lotions, les cataplasmes préparés

avec les substances narcotiques sont utiles. Enfin, on doit encore prescrire ces bains lorsque la partie malade, dans laquelle ils pourraient susciter une vive inflammation, est située de manière à être placée hors de l'eau.

Quand les viscères digestifs sont dans un état parfait d'intégrité, on peut y introduire des médicamens propres à solliciter successivement la sécrétion de l'urine et la transpiration insensible; on travaille ainsi efficacement à la modification profonde que l'on désire provoquer dans l'organisme.

Les purgatifs sont rarement utiles; ils occasionent, trop souvent en pure perte, des évacuations abondantes, qui affaiblissent le sujet sans diriger favorablement l'action nutritive.

Un plan de traitement si simple, et qui ressemble si fort à la méthode générale qu'on doit suivre dans toutes les maladies chroniques, ne sera pas du goût de tous les médecins. Plusieurs demanderont par quels moyens je propose d'attaquer directement et spécifiquement la cause interne spécifique des affections scrofuleuses. Pujol leur a répondu d'avance : « Aujourd'hui, que la médecine d'observation a fait tant de progrès, il est temps que les méthodes empiriques soit à jamais bannies. »

Ce grand praticien a fait beaucoup en recommandant de traiter les maladies scrofuleuses par la méthode générale; mais il n'a pas tout fait. Il admettait la nécessité des toniques pour remédier à la faiblesse qui, suivant lui et tant d'autres, forme l'attribut le plus caractéristique des scrofuleux; quelque nombreuses que soient les exceptions qu'il joignit à cette règle, elle a dû faire beaucoup de mal, parce que le vulgaire des praticiens a bien assez de retenir les règles, sans chercher à se pénétrer de l'importance des exceptions.

Quels sont les effets des toniques prodigués à l'intérieur chez les scrofuleux? ils développent souvent cette fièvre que Pujol croyait salutaire, parce qu'il avait une aveugle confiance dans quelques erreurs d'Hippocrate et de Sydenham; mais, en même temps qu'elle se manifeste, on voit les tumeurs se ramollir, les ulcères s'aviver; si les os deviennent douloureux, et si la suppuration augmente, il est bien rare que cette exacerbation du mal soit suivie de la guérison, et lorsque celle-ci a lieu, elle est toujours assez lente pour que l'utilité de cet incendie passager soit contestable. Les toniques ne doivent être prescrits à l'intérieur qu'autant qu'ils favorisent la digestion.

Quels sont les effets des toniques prodigués à l'extérieur? Employés sous forme de rubéfians, de vésicans, et loin de la partie malade, quand on les applique sur la peau, sur la partie de ce tissu qui recouvre l'organe lésé, quand celui-ci est

sous-cutané et nullement douloureux, ils sont assez souvent avantageux pour qu'on ne doive pas négliger d'y avoir recours. En est-il qui soient plus efficaces les uns que les autres? c'est ce qui ne peut être décidé *à priori*, et c'est ce que l'expérience n'a pas encore démontré; car le moyen efficace chez un scrofuleux est inerte ou même nuisible chez un autre.

Enfin, quel est le résultat le plus ordinaire des topiques stimulans, irritans, de toute espèce, qu'on met en contact direct avec les inflammations et les ulcères scrofuleux? dans la presque totalité des cas, l'exaspération du mal : les eaux minérales font seules exception; mais encore dans combien de cas ne sont-elles pas inutiles ou même nuisibles!

Pujol avait une trop haute idée de l'inutilité des irritans locaux dans les maladies scrofuleuses, et il a trop limité le nombre des cas où l'instrument tranchant peut être utile. C'est encore là un des résultats de la théorie qui met ces maladies au nombre des affections générales. Lorsqu'on prépare le malade affecté d'une tumeur blanche du genou, par exemple, en le soumettant au régime que j'ai indiqué, avant d'en venir à l'amputation, et lorsqu'on n'attend point, pour la pratiquer, que la constitution du sujet soit entièrement détériorée par la douleur et la suppuration, par l'inaction et le chagrin, cette opération est souvent salutaire. Les chirurgiens habiles de notre pays ont au reste établi des règles que l'ignorance et l'impéritie peuvent seules enfreindre; qu'une fausse pitié, excuse honteuse de la maladresse, n'arrête point l'instrument de l'homme de l'art pénétré de ses devoirs et sûr de son talent.

Il faut avoir été témoin, comme je l'ai été pendant plusieurs années, de l'inutilité des toniques internes et externes, des progrès qu'ils laissent ou font faire aux maladies scrofuleuses, et du ravage qu'un mal de cette nature détermine chez un malheureux doublement à plaindre d'être en proie à un tel fléau, et abandonné à l'ineptie d'un chirurgien peu digne de ce nom, pour être pénétré autant que je le suis de l'importance du régime, de l'utilité des antiphlogistiques modérés, et de la nécessité d'opérer quelquefois pour guérir les maladies scrofuleuses.

Si l'on veut un exemple frappant de l'influence sans bornes qu'une idée préconçue, admise d'après l'autorité de noms respectables, peut exercer sur l'opinion d'un praticien habile, il suffit de voir Pujol revenir à ses idées favorites sur l'utilité de la fièvre dans les maladies chroniques, lorsqu'il s'agit des scrofules, et réduire la thérapeutique générale de ces dernières affections à l'art d'exciter la fièvre chez ceux qui en sont atteints. Par quelle étrange fatalité faut-il que le plus

cruel ennemi de l'espèce humaine ait été considéré comme un remède salutaire? Si les opinions de quelques anciens et d'un plus grand nombre de modernes, trop dociles aux leçons de l'antiquité, n'étaient purement hypothétiques, l'art de guérir se réduirait à ceci : entretenir la fièvre chez les malades qui l'ont, la provoquer chez ceux qui ne l'ont pas.

Quand on pense que l'on a recommandé d'exciter la fièvre chez des sujets affectés d'inflammation chronique du poumon, parce qu'ils avaient la peau fine et très-blanche, les cheveux blonds et les yeux bleus, quand on se représente ces malheureux minés par un feu que leur médecin attisait innocemment, on est tenté d'avouer que l'espèce humaine aurait gagné à ne point avoir de médecins.

SCROTUM, s. m., *scrotum*; espèce de bourse, plus large inférieurement que supérieurement, qui renferme les testicules. La peau qui recouvre cette poche est un repli des tégumens communs, qui descend de la région inguinale, et se perd entre la racine de la verge et le périnée. Elle est d'une couleur plus foncée que le reste de la peau, parsemée de poils isolés, dépourvue de graisse, et garnie, sur la ligne médiane, d'un étroit bourrelet peu saillant, qu'on appelle raphé.

Les solutions de continuité du scrotum guérissent toujours avec facilité, à raison de la souplesse des tégumens de cette partie, de l'abondance du tissu cellulaire qu'ils recouvrent et de la grande quantité de vaisseaux qui se distribuent aux enveloppes du testicule. La contusion dont le scrotum est fréquemment le siége, détermine presque toujours des extravasations sanguines considérables, et des ecchymoses étendues. Lorsque le testicule lui-même n'a que peu ou pas souffert, ces lésions ne sont jamais graves. On doit, après qu'elles ont eu lieu, s'efforcer d'abord de prévenir l'inflammation à l'aide de topiques émolliens et des saignées locales, puis recourir aux résolutifs, afin de faciliter l'absorption du liquide sorti de ses vaisseaux.

Le scrotum a été quelquefois le siége des pustules gangréneuses qui caractérisent le charbon. Cette affection redoutable doit y être traitée comme dans toutes les parties du corps, mais avec un surcroît d'énergie, parce que la texture des bourses rend leur destruction facile, et que la mortification pourrait aisément s'étendre jusqu'au testicule. Nous avons observé jadis l'inflammation gangréneuse du scrotum sur plusieurs sujets atteints de gastro-entérite, auxquelles on donnait le nom de fièvre adynamique. Survenue ordinairement vers le dernier stade de la maladie, cette affection s'annonçait par une phlogose érysipélateuse et bleuâtre des tégumens des bourses; bientôt de l'engorgement survenait dans les parties

plus profondes; le scrotum augmentait considérablement de volume, puis des taches noirâtres se développaient à sa surface, et la gangrène, étendant au loin ses ravages, dépouillait de toutes parts les testicules et les laissait à découvert. Chez les sujets qui ne succombaient pas, et cette inflammation était considérée comme critique par le plus grand nombre de médecins, on voyait, après la chûte des escarres, des bourgeons celluleux et vasculaires s'élever des bords de la plaie, ainsi que de la surface externe de la tunique vaginale, et former une sorte de scrotum anormal étroit, dont la surface délicate avait besoin d'être ensuite protégée par des suspensoirs.

Il est à remarquer que les inflammations dont il s'agit étaient nées sous l'influence de traitemens intérieurs très-stimulans, et qu'à leur apparition on ne croyait pas trouver dans la pharmacie de substances assez énergiques pour détruire la faiblesse des parties affectées, et prévenir la gangrène dont cette débilité excessive les menaçait. Aujourd'hui que la médecine suit d'autres voies, la gangrène du scrotum n'a plus lieu, et, si elle se manifestait, on doit penser qu'un traitement antiphlogistique local actif s'opposerait à ses progrès, et préviendrait la mortification des tissus.

Les crevasses de l'urètre, vis à vis du scrotum, donnent lieu à des infiltrations urineuses, et souvent à la gangrène de cette partie. L'histoire des lésions de ce genre se rattache de la manière la plus intime à celle des rétrécissemens de l'URÈTRE et des dépôts URINEUX qui en sont fréquemment la suite.

Chez les sujets irritables, livrés à des travaux qui exigent de longues marches ou de violens exercices d'équitation, chez ceux surtout dont les enveloppes des testicules sont molles, pendantes, habituellement baignées de sueur, il n'est pas rare de voir se développer au scrotum des inflammations érysipélateuses, qui dégénèrent graduellement en dartres plus ou moins vives, boutonneuses ou disposées à l'ulcération. Les affections de ce genre sont fréquemment rapportées à la syphilis. Elles guérissent presque toujours par le repos, les délayans, les bains et quelques excitans révulsifs à l'intérieur. Lorsque, sous l'influence de ces moyens, l'irritation est calmée, quelques bains de Barréges sont utiles pour hâter la guérison; le malade préviendra ensuite la récidive en se livrant à des exercices plus modérés, en soutenant le scrotum avec un suspensoir, en entretenant la propreté de cette partie à l'aide de fréquens lavages à l'eau froide, et en évitant l'abus des stimulans, qui souvent semblent une cause active de la maladie qui nous occupe.

Chez certains sujets, les irritations prolongées du scrotum

déterminent l'afflux du sang, l'hypertrophie des tissus, et enfin le développement de tumeurs qui sont quelquefois devenues énormes. Dionis, Walther, Chiselden, Morgagni, Imbert de Lormes, Larrey, Roux, Delpech, et plusieurs autres chirurgiens, ont rapporté des exemples plus ou moins extraordinaires d'affection de ce genre. La tumeur dont parle Dionis pesait environ soixante-trois livres; celle que portait Charles de Lacroix, et dont Imbert de Lorme a pratiqué l'excision, pesait trente livres. On a pensé long-temps que le testicule dégénéré était alors le siége du mal; mais un examen plus attentif n'y a fait découvrir qu'un engorgement considérable, ou une désorganisation du tissu cellulaire sous-cutané du scrotum. Tantôt les tégumens étaient sains et on ne découvrait au dessous qu'une infiltration énorme de sérosité, plus ou moins dense ou liquide, blanchâtre ou jaunâtre, facile à s'écouler par les incisions, ou doués de viscosité et adhérente aux lames celluleuses. Chez quelques sujets, les enveloppes des testicules étaient épaissies, lardacées, et les bourses transformées en une masse considérable d'un tissu blanc ou jaunâtre, à demi fibreux, homogène, contenant en divers endroits des foyers purulens ou des collections sanguines de dimensions variables. On a remarqué que les tumeurs de ce genre ne dégénèrent jamais en cancer, et qu'elles peuvent acquérir le volume le plus considérable, et exister pendant un grand nombre d'années sans exercer d'influence défavorable sur la constitution des sujets, sans gêner autrement que par leur présence entre les cuisses, et par leur poids.

On a cru pendant long-temps que les dégénérescences éléphantiasiques du scrotum devaient être respectées, et que toute tentative d'ablation faite sur elles ne pouvait que hâter la mort du sujet. De nouvelles observations, et les résultats d'une pratique plus hardie, ont démontré combien ces craintes sont chimériques. Les tumeurs les plus étendues ont été emportées par l'art sans qu'il en soit résulté ni aucune récidive de la maladie, ni aucune des affections des viscères, qui sont si communes après les extirpations du testicule devenu cancéreux. Les opérations de ce genre ne sauraient être soumises à aucune règle spéciale. Diviser les tégumens aux limites de la dégénérescence, lier les vaisseaux à mesure qu'ils sont ouverts, poursuivre la dissection jusqu'à l'entière ablation des parties affectées, tels sont les préceptes généraux qui doivent servir de guide aux praticiens. Deux points importans méritent à juste titre de fixer son attention : l'un consiste à s'efforcer de découvrir et de dégager le testicule de la masse énorme qui l'enveloppe, afin de le confier à un aide, et de le préserver de toute atteinte; l'autre a pour objet de ménager

autant que possible les tégumens, et d'en former des lambeaux susceptibles de recouvrir la plaie, et de rendre la cicatrisation moins difficile. Il ne faut pas oublier qu'une partie de la peau des cuisses, de l'hypogastre, de la verge et du périnée a été déplacée par la tumeur attirée en bas par son poids, et qu'elle doit reprendre sa place après l'opération. La verge surtout, presque entièrement effacée, a besoin que ses tégumens lui soient rendus, afin de revenir à son état normal, et de reprendre ses fonctions. Les lambeaux ne doivent donc jamais paraître alors trop étendus, et l'on ne saurait trop s'attacher à respecter même la portion de tégumens qui semblerait la plus exubérante. Des bandelettes agglutinatives, ou, suivant le besoin, quelques points de suture, servent ensuite à rapprocher les lèvres de la division, à recouvrir les testicules dépouillés de leur enveloppe, et quelques plumasseaux de charpie, des compresses, et un bandage approprié complètent et affermissent l'appareil.

On peut rapprocher de la maladie précédente l'affection du scrotum que Pott et Earle ont décrit sous le nom de cancer du ramoneur. Comme la première, celle-ci est manifestement le résultat d'une irritation devenue habituelle de la partie qui en est le siége. On ne l'observe presque jamais avant la puberté; les exemples les plus nombreux que l'on en possède appartiennent à des hommes de trente à quarante ans. Cette affection semble exclusive à l'Angleterre; les praticiens de ce pays l'attribuent à l'impression faite sur les tégumens par la suie provenant du charbon de terre qui garnit les cheminées. Le cancer du ramoneur n'affecte pas seulement le scrotum, ainsi qu'on pourrait le penser d'après la notice de Pott; Earle en a observé des exemples rares sur d'autres parties du corps, et en particulier sur le poignet et au visage.

Une excroissance verruqueuse, rougeâtre, donnant lieu à un sentiment de brûlure, et, fournissant un matière ichoreuse très-âcre, annonce le développement de la maladie. Cette tumeur, qui reste quelquefois pendant long-temps stationnaire, et que les ramoneurs nomment *bouton de la suie*, s'ulcère enfin à son centre. Les bords de l'érosion deviennent durs, calleux, se renversent en dehors, et prennent l'aspect du cancer, en même temps que des végétations fongueuses s'élèvent et fournissent une suppuration âcre et fétide, qui excorie les tégumens voisins. Les dégénérescences et la phlogose ne se bornent pas à la peau et au tissu cellulaire sous-jacent; la tunique vaginale, et ensuite le testicule, en ressentent les atteintes. Cet organe se tuméfie, contracte des adhérences avec la base de l'engorgement ulcéré extérieur, et se confond graduellement avec lui. C'est ainsi qu'un simple bouton, mobile et circonscrit, ordinairement placé à la partie la plus inférieure

du scrotum, finit par envahir la totalité de cette enveloppe, l'organe qu'elle renferme, et jusqu'au cordon des vaisseaux spermatiques, aux glandes inguinales et à l'abdomen. Chez quelques sujets, le testicule, augmenté de volume et de densité, s'enflamme très-vivement; des escarres gangréneuses se forment, et laissent à leur suite une ulcération profonde qui pénètre jusque dans la substance propre de l'organe. D'aussi rapides progrès, et des ravages aussi étendus, ne sauraient avoir lieu sans altérer la santé générale; aussi les malades, tourmentés par la continuité des douleurs et le manque de sommeil, maigrissent-ils promptement; ils présentent en un temps fort court un teint plombé et un aspect particulier, qui, pour les chirurgiens habiles font aisément reconnaître le caractère de la maladie. Suivant Earle, la transpiration est alors fort abondante, et exhale une odeur ammoniacale qu'on reconnaîtra toujours après l'avoir sentie.

L'érosion cancéreuse du scrotum ne cède, dit-on, à aucun traitement interne ou externe. Le feu seul peut en débarrasser le malade. Les mercuriaux, souvent prodigués alors par les médecins, qui attribuent la maladie à la syphilis, produisent constamment de mauvais effets, et hâtent la destruction des parties. Si, au début de l'ulcération, les malades étaient éloignés de leurs travaux, soumis à l'action de bains mucilagineux répétés, à l'usage de boissons délayantes, condamnés à un repos prolongé au lit; si surtout on ajoutait à ces moyens les applications émollientes sur le scrotum, les saignées locales répétées, et toute la rigueur du traitement débilitant, il est permis de croire que l'on obtiendrait alors des succès que le calomelas et les excitans, décorés du titre d'anticancéreux, ne peuvent procurer. Quoi qu'il en soit, le scrotum est un organe si peu important à la vie, et dont l'ablation partielle présente de si faibles inconvéniens que l'on trouve plus facile et plus expéditif d'emporter les tissus malades avec le bistouri, que de combattre, au moyen de traitemens toujours longs et incertains, l'irritation dont elles sont le siége. Lorsque cette opération est pratiquée avant que le testicule soit affecté, elle réussit toujours, et les exemples de la récidive du cancer sont excessivement rares. On conçoit cependant que les causes qui l'ont produit une première fois puissent, si les sujets s'exposent de nouveau à leur action, en déterminer le renouvellement. Aussi convient-il de prescrire alors au malade d'abandonner sa profession, ou de prendre les soins de propreté qui peuvent seuls les rendre moins insalubres.

SCUTELLAIRE, s. f., *scutellaria*; genre de plantes de la didynamie gymnospermie L., et de la famille des labiées, J., qui a pour caractères : calice très-court, bilabié, à lèvres entières, avec une saillie squamiforme, concave, orbicu-

laire et penchée sur la supérieure; corolle bilabiée, à lèvre supérieure voûtée et munie de deux dents à sa base, à lèvre inférieure plus large et échancrée.

Le *scutellaria laterifolia*, plante des États-Unis, a été, dans ces derniers temps, préconisé par Ayman comme un remède assuré contre l'hydrophobie. Une critique lumineuse des assertions de ce médecin par Chaussier et Mérat, a démontré qu'elles ne méritent aucune confiance, et qu'il faudrait au moins que les essais fussent répétés d'une manière plus méthodique, car tous les faits rapportés par le médecin américain laissent un champ vaste au doute et à l'incertitude.

SEBACÉ, adj., *sebaceus* : épithète donnée à certaines sécrétions onctueuses et lubréfiantes, dont l'aspect se rapproche de celui du suif ou de la graisse, et aux organes qui les fournissent.

Les organes que les anatomistes désignent sous le nom de follicules, cryptes ou glandes sébacés, sont désignés par eux comme existant au cuir chevelu, aux aines, sous les aisselles, autour des ailes du nez, dans l'intervalle des orteils, aux sourcils, au bord des paupières, aux oreilles, au dessous de la lèvre inférieure, au scrotum, au pli des fesses, à la marge de l'anus, et autour de la couronne du gland. Mais les fluides qu'ils fournissent sont si éloignés d'avoir des caractères univoques qu'on les a distingués eux-mêmes en muqueux, sébacés, unguineux, cérumineux, butyreux, caséeux, suivant leurs apparences, d'après lesquelles on croyait pouvoir juger de leur véritable nature. Quoique la chimie animale ne nous ait encore fourni que très-peu de lumières à leur égard, il paraît certain néanmoins que toutes ces épithètes sont mal appliquées, qu'aucune des sécrétions qui les portent ne se rapproche ni du suif, ni de la graisse ou des huiles, et que la plupart sont véritablement muqueuses ou albumineuses. Il reste à la vérité les sécrétions graisseuses qui semblent enduire la peau de certaines personnes, et qui abondent surtout au cuir chevelu et au nez; mais on ne connaît pas encore les organes qui les fournissent, et peut-être doit-on les rapporter à l'exhalation; comme a fait De Lens. Il reste encore d'importantes recherches à faire sous ce rapport, comme en général à l'égard de toutes les sécrétions.

SEBACIQUE, adj.; nom d'un acide qui se forme en distillant la graisse ou le suif. Cet acide cristallise en petites aiguilles blanches. Il n'a ni saveur ni odeur, et se dissout dans l'eau, surtout à l'aide de la chaleur. Il est soluble aussi dans l'alcool, et fusible à la manière des graisses. Il se vaporise et se décompose en partie par l'action de la chaleur. L'argent, le mercure et le plomb sont précipités par lui de leurs disso-

lutions. Berzelius le considère comme de l'acide benzoïque dont un corps gras masque les propriétés. Les sels qu'il forme portent le nom de *sébates*.

SEBESTE, s. f.; fruit du *cordia myxa*, arbre de la famille des borraginées, qui croît dans le Levant. C'est un drupe rougeâtre, à chair sucrée, fade et très-mucilagineuse, qui couvre un assez gros noyau biloculaire. Les Orientaux mangent les sebestes, qu'on employait autrefois en médecine, comme adoucissantes et pectorales, de telle sorte qu'on les faisait entrer dans les tisanes prescrites aux malades atteints d'affections irritatives de la poitrine. Mais elles sont totalement inusitées aujourd'hui, et l'on n'en trouve même plus dans le commerce.

SECONDINES, s. f. pl., *secundinæ;* nom donné quelquefois aux dépendances du fœtus, parce qu'elles ne sortent ordinairement de la matrice qu'après l'expulsion de ce dernier. La dénomination d'*arrière-faix* est plus usitée. *Voyez* DÉLIVRANCE.

SÉCRÉTION, s. f., *secretio;* fonction en vertu de laquelle certains organes fabriquent un fluide particulier avec le sang qu'ils reçoivent.

On admet, chez l'homme, deux sortes d'organes sécréteurs, les uns exhalans et les autres glandulaires.

Les premiers sont, à ce que l'on prétend, des organes ayant une forme spongieuse ou vasculeuse, qui versent, par des orifices librement ouverts à leur surface, le liquide que leur travail sécrétoire a créé. Il faudrait de très-longs détails pour reproduire toutes les hypothèses à l'aide desquelles on a cru expliquer cette exhalation, et les systèmes sans nombre qu'on a construits sur des vaisseaux exhalans que personne n'a jamais pu apercevoir. Tout ce que nous savons sous ce rapport se réduit à ce que certains organes membraneux, dont le tissu cellulaire fait la base, exhalent à leur surface des fluides divers selon leur mode respectif de texture. Comment ensuite s'opère la formation de ces fluides? c'est ce que nous ignorons complétement. On a supposé que ces liquides s'échappaient par les pores des derniers vaisseaux capillaires; mais toute discussion sur un point d'organisation trop obscur pour que nous ayons aucune notion certaine à son sujet, est évidemment oiseuse, et doit être bannie d'une physiologie dans laquelle on ne veut donner place qu'à des faits positifs, ou tout au plus à des inductions probables.

Les organes glandulaires sont distingués en FOLLICULES et en GLANDES, qui, ayant fait l'objet d'organes spéciaux, ne doivent plus nous occuper ici.

Nos connaissances sur le mécanisme des sécrétions en gé-

néral se réduisent à de bien faibles données. Nous savons seulement que les organes chargés de les exécuter reçoivent un grand nombre de vaisseaux sanguins, et que le fluide qu'ils produisent est souvent repris par d'autres vaisseaux d'un ordre spécial avant d'arriver au dehors. Mais nous ignorons complètement en quoi consiste l'action de ces organes, c'est-à-dire quelle est la manière dont ils agissent sur le sang, s'ils le convertissent en des humeurs nouvelles, en imprimant de nouveaux modes de combinaison à ses molécules, ou s'ils font, parmi ces derniers, un choix de celles qui correspondent à leur mode spécial de sensibilité. Les deux hypothèses ont été soutenues avec une égale chaleur, et quoique la première ait semblé, pendant quelque temps, l'emporter sur la seconde, quelques faits recueillis depuis peu paraissent militer en faveur de celle-ci, et lui donner un certain degré de probabilité. Mais, quoiqu'il soit bien démontré que certains matériaux du sang passent directement dans quelques fluides sécrétés, il ne l'est pas, et il n'est même point probable que tous se trouvent dans le même cas, que les organes sécréteurs n'aient point la faculté de modifier, de changer la composition du liquide sanguin qui y afflue. Dans une action toute moléculaire, qui ne tombe sous aucun de nos sens, et dont il nous est impossible de saisir l'essence, nous sommes réduits à de vagues conjectures, toutes les fois que nous voulons nous élever au delà de ces deux données incontestables, savoir que le sang fournit, directement ou indirectement, les matériaux de toutes les sécrétions, et que celles-ci sont le résultat de l'activité spéciale de chaque organe sécréteur.

Dans l'état pathologique, les sécrétions sont ou augmentées ou diminuées; parfois on remarque dans le liquide sécrété des qualités qu'il n'a point dans l'état de santé; on ignore si les organes sécréteurs fournissent, dans l'état pathologique, des liquides entièrement morbides, autres que ceux qu'ils donnent dans l'état de santé ou mêlés à ceux-ci. De là les SUPPRESSIONS, les FLUX, les VIRUS, les VENINS et les MIASMES.

SÉDATIF, adj. et s., *sedativus;* se dit de tout ce qui calme, apaise, diminue ou fait cesser la douleur, et plus généralement l'action organique. Les sédatifs de l'action fibrillaire ont été appelés *débilitans, atoniques*, *émolliens*, ceux de la circulation, *réfrigérans*, *tempérans*, ceux de l'action cérébrale, *narcotiques*, ceux de l'action nerveuse en général, *antispasmodiques*. Les *laxatifs* seraient-ils des *sédatifs*? Les Italiens de l'école de Rasori et de Tommasini rangent parmi les sédatifs, qu'ils appellent *contre-stimulans*, le nitrate de potasse, la crême de tartre, l'émulsion de semences froides, l'infusion d'oseille, la décoction d'orge, l'eau pure largement

buc, les acides sulfurique, citrique, oxalique, et le vinaigre étendu d'eau, l'alun, le sucre de Saturne, l'extrait de prunier épineux, la gomme kino, le *mimosa catechu*, l'écorce de grenade, la racine d'ipécacuanha, la digitale pourprée, l'eau distillée de laurier-cerise, le *taxus baccata*, le safran, la scille, le fer, le colchique, les immersions momentanées dans l'eau froide, et les affusions, les lavemens d'eau froide ou à la température commune, la casse, les tamarins, le sulfate de soude ou de magnésie, l'acétate de potasse, le tartre stibié à la dose de six à vingt-quatre grains dans quatre ou six onces d'eau donnée par cuillerée jusqu'à provoquer, non le vomissement, mais le dégoût qui précède la nausée, les poudres de jalap et de calomélas à la dose drastique, la gomme gutte, la scammonée, le diagrède, l'arnica, l'extrait de jusquiame, les antimoniaux à doses petites et répétées, les extraits d'aconit, de ciguë, l'oxide de zinc, la noix vomique, la strychnine, le rhus radicans, le cuivre ammoniacal, le mercure, les frictions stibiées, la racine de valériane, l'extrait de stramoine, la racine d'ellébore noir, les feuilles de belladonne, l'extrait d'*anemone pratensis*, de pulsatille nigricans, le vin stibié, le kermès minéral, l'oximel scillitique, la gomme ammoniaque, l'huile de ricin, la manne, les saignées, les sangsues, le muriate de baryte, la racine de polygala, le lichen d'Islande, le phellandrium aquaticum, la décoction de calaguala, l'eau seconde de chaux, la myrrhe, les fleurs de soufre, le séné, l'huile de croton tiglium, la coloquinte, l'aloès, le tabac en lavement, les trochisques Alhandal, la rhubarbe, la laitue vireuse, l'angusture, les gouttes arsénicales de Fowler, la magnésie, le simarouba, les eaux ferrugineuses, la racine de colombo, le quassia amara, la sabine, l'uva ursi, le gaïac, l'elaterium, l'ivraie, la salsepareille, la camomille, le daphne mezereum, l'acide nitrique étendu, les bains de sulfure de potasse, de savon.

N'est-il pas évident que le pays où Broussais a découvert le rôle que la gastrite joue dans un si grand nombre de maladies est celui où l'on a le plus méconnu cette inflammation? Il semblerait, d'après ce qu'on vient de lire, que nos voisins d'au-delà des Alpes ne reconnaissent que des contre-stimulans dans la matière médicale, mais ce serait une erreur. Ils regardent comme stimulans : le vin et la gélatine animale, le punch d'Italie, l'eau de canelle composée, le vin de canelle, l'éther sulfurique, l'alcool aromatisé, l'alkermès liquide, le rhum, l'ammoniaque, l'opium, le laudanum liquide, la thériaque, le sucre imbibé d'huile de gérofle, le musc, la pyréthre, l'électricité, les frictions et la pile de Volta!

A l'occasion des sédatifs, il se présente une question impor-

tante; nous parlons non pas de ceux des Italiens, mais des nôtres : il s'agit de savoir si les sédatifs ne calment qu'en stimulant moins que ne le font les excitans, ou bien en déprimant directement l'action organique; s'il en était de cette dernière manière, ce seraient de véritables contre-stimulans. Il y a lieu de croire que les sédatifs agissent les uns en déprimant en effet l'action organique, et ce sont les moins connus; les autres, parce qu'ils stimulent moins que les excitans ordinaires ou précédens, et ce sont les mieux connus; les autres *engourdissent* la partie à force d'augmenter la douleur, ce sont les plus dangereux; les autres enfin excitent une vive stimulation loin de l'organe affecté, et ce sont les RÉVULSIFS.

SEDIMENT, s. m., *sedimentum*; dépôt que certains liquides, quand on les laisse reposer, forment au fond des vases qui les contiennent. Les médecins donnaient autrefois à ces dépôts le nom d'*hypostase*, qu'on retrouve encore dans quelques livres modernes.

SEDON, s. m., *sedum*; genre de plantes de la décandrie pentagynie, L., et de la famille des crassulées, J., qui a pour caractères : calice à cinq divisions; cinq pétales; dix étamines; cinq ovaires et cinq capsules polyspermes.

On emploie en médecine deux espèces de ce genre, également communes dans nos climats. L'une est l'orpin, et l'autre la vermiculaire brûlante.

Les feuilles de l'orpin, qui sont inodores, et qui ont une saveur herbacée, légèrement mucilagineuse, passaient autrefois, on ignore à quel titre, pour astringentes, et par conséquent aussi pour vulnéraires. Réduites en pulpe, elles fournissent des cataplasmes émolliens qu'on peut employer avec avantage sur les tumeurs inflammatoires et les hémorroïdes douloureuses. C'est probablement à leurs propriétés émollientes qu'elles doivent la réputation dont elles jouissent dans le vulgaire, de hâter la cicatrisation des coupures; d'où sont venus à la plante les noms de *reprise* et d'*herbe aux charpentiers*. Elles entrent dans l'onguent populéum.

Toutes les parties de la vermiculaire brûlante ont, au contraire, une saveur âcre et piquante, et laissent dans la bouche, quand on les mâche quelques instans, une impression brûlante, très-désagréable, qui se conserve pendant quelque temps. Le suc des feuilles et des tiges est fortement émétique et purgatif, à la dose d'une demi-once à une once. Orfila a constaté, par ses expériences, qu'à une certaine dose, il devient un véritable poison pour les chiens, à l'ouverture desquels on a trouvé l'estomac fortement enflammé. Cependant on a conseillé et vanté la décoction de cette plante comme an-

tiscorbutique. Péters a présenté aussi sa poudre comme un excellent moyen contre l'épilepsie, mais seulement d'après des observations incomplètes, qui n'ont été répétées par personne depuis. A l'extérieur, la vermiculaire a été préconisée comme un excellent moyen curatif des affections cancéreuses; les assertions de Marquet, à cet égard, n'ont été confirmées par aucun de ceux qui ont voulu en vérifier l'exactitude.

SEIGLE, s. m., *secale;* genre de plante de la triandrie digynie, L., et de la famille des graminées, J., qui a pour caractères : calice à deux glumes droites, acuminées, linéaires, biflores, plus courtes que les fleurs; celles-ci à deux bâles, dont l'intérieure mutique, et l'extérieure terminée par une longue arête.

Ce genre ne renferme qu'un petit nombre d'espèces, dont une seule présente de l'intérêt. C'est le *seigle commun*, *secale cereale*, qu'on cultive dans une grande partie de l'Europe, et qui, après le froment, est la céréale la plus utile à l'homme. On l'emploie seul, ou mêlé avec du froment, pour faire du pain; ce dernier, moins nourrissant que celui de froment, et dont la saveur agréable plaît à tout le monde, passe pour être rafraîchissant et même un peu laxatif. La farine de seigle sert à faire des cataplasmes émolliens; c'est à tort toutefois qu'on a considéré ceux-ci comme étant plus propres qu'aucun autre à hâter la formation du pus.

Le seigle est sujet à une maladie appelée ERGOT, et produit alors sur l'économie animale des effets qui ont été décrits ailleurs.

SEL, s. m. Dans le langage vulgaire, ce terme désigne le chlorure de sodium, l'un des corps les plus répandus dans la nature. Aujourd'hui on donne le nom de sel à toute combinaison d'un acide avec l'ammoniaque, avec un oxide métallique, ou avec quelqu'une des substances, nouvellement découvertes, qu'on appelle alcalis organiques ou alcaloïdes.

On distingue les sels en trois classes, par rapport aux proportions respectives de leurs principes constituans. Ainsi, on les appelle *acides*, *acidules* ou *sur-sels*, lorsqu'ils contiennent un excès d'acide; *sous-sels*, quand la base y est en excès; et *neutres*, quand la base et l'acide se neutralisent parfaitement l'un l'autre. Les sur-sels ont aussi reçu de Thomson le nom de *bisels*, parce que, la plupart du temps, la proportion d'acide y est précisément double de celle qu'on rencontre dans les sels neutres.

Relativement au nombre des bases qu'ils contiennent, les sels ont été distingués en *simples*, *doubles et triples*.

Quelques acides se combinent avec plusieurs oxides différens d'un même métal. On exprime alors le degré d'oxidation

de la base, et faisant précéder la dénomination générique du sel de la particule *proto*, *deuto*, *trito* ou *per*.

Le nombre des sels connus est immense; mais il s'en faut de beaucoup que tous intéressent le médecin, et beaucoup même ont à peine été étudiés par les chimistes. Ils forment autant de genres que d'acides, comprenant chacun un plus ou moins grand nombre d'espèces.

Berzelius a découvert une des plus belles lois de la chimie moderne, celle de la composition des sels, qui consiste en ce que l'oxide de tous ceux d'un même genre renferme une quantité d'oxigène proportionnée à celle d'acide avec laquelle il est uni, ou à celle d'oxigène de cet acide. Cependant, selon M. Thomson, cette règle, qui ne souffre aucune exception quand la base est un protoxide, n'est pas constante lorsqu'il s'agit d'un deutoxide ou d'un peroxide.

Il est presque impossible de fixer aucune généralité à l'égard des sels. La plupart sont solides, cristallins et inodores. Cependant il y en a beaucoup qui sont liquides ou pulvérulens. On en compte aussi de gazeux, et quelques-uns odorans. Leur sapidité est presque toujours en raison de leur solubilité, propriété qu'ils ne possèdent pas tous au même degré, et dont même un grand nombre d'entre eux sont dépourvus.

SÉLÉNIATE, s. m.; sel formé par la combinaison de l'acide sélénique avec une base salifiable. Aucun de ces sels n'est usité.

SÉLÉNIQUE, adj.; nom d'un acide qui résulte de la combinaison du sélénium avec une certaine proportion d'oxigène. Cet acide, volatilisable en vapeurs d'un jaune foncé, se sublime sous la forme de tétraèdres allongés, qui jouissent d'un éclat particulier. Il attire l'humidité de l'air, se dissout facilement dans l'eau froide, et en toute proportion dans l'eau chaude, d'où il se précipite, par un refroidissement lent, sous la forme de prismes allongés. Il est soluble aussi dans l'alcool.

SÉLÉNIUM, s. m.; métal découvert en 1817 par Berzelius, et qui existe dans la mine de cuivre de Fahlun, en Dalécarlie. Il a une couleur grise, avec un grand éclat métallique. Sa cassure est vitreuse. Quoique dur et friable, il est cependant assez tendre pour qu'on puisse le rayer avec un couteau, et le réduire facilement en une poudre d'un rouge foncé. Mauvais conducteur de l'électricité et du calorique, il se ramollit quand on l'expose à la chaleur, devient demi-liquide à la température de l'eau bouillante, se fond complétement à quelques degrés au dessus, et finit par se réduire en une vapeur rouge et inodore, qui, dirigée sur la flamme

d'une chandelle, se colore en bleu, et répand une forte odeur métallique. Cette vapeur se condense en une masse rouge, à laquelle la fusion fait reprendre sa teinte grise et son aspect métallique.

Le sélénium s'unit à l'oxigène, d'où résultent d'abord un oxide gazeux, de couleur azurée, répandant une odeur de choux pourris, et très-peu soluble dans l'eau, puis un acide appelé *sélénique*. Il se combine aussi avec l'oxigène, et forme ainsi l'acide *hydrosélénique*.

SÉLÉNIURE, s. m.; combinaison du sélénium avec un corps simple, métallique ou non.

SÉMÉIOTIQUE, s. f., *semeiotica*, *semeiologia*; partie de la science médicale relative aux signes, étudiés sous le rapport du diagnostic et du pronostic. La séméiotique, créée par Hippocrate, cultivée par Arétée, Cœlius Aurelianus, Alexandre de Tralles, Galien, puis Duret, Valles, Prosper Alpino, Fienus, Lommius, Leroy, Pezold, Freind, Colpe, Aubry, Gruner, Danz et Sprengel, et enfin Double et Landré Beauvais, a spécialement été étudiée par ces auteurs sous le point de vue du pronostic; sous le rapport du diagnostic, elle a été l'objet des travaux de tous les médecins observateurs, depuis Hippocrate jusqu'à nos jours. *Voyez* SIGNE, DIAGNOSTIC et PRONOSTIC.

SEMENCE, s. f., *semen*; liqueur prolifique des animaux, plus connue sous le nom de SPERME. On appelle également ainsi les graines des végétaux.

En matière médicale, on nomme *semences froides majeures* les graines du concombre, du melon, de la citrouille et de la courge, et *semences froides mineures* celles de la laitue, de pourpier, de l'endive et de la chicorée sauvage.

SEMI-LUNAIRE. adj., *semi-lunaris*; qui a la forme d'une demi-lune.

L'*os semi-lunaire*; le second de la première rangée du carpe, à partir du radius, s'articule, par sa face radiale, avec le scaphoïde; par la cubitale, avec l'os pyramidal; par la digitale, avec le grand os; et par la brachiale, avec le radius.

Les *ganglions semi-lunaires*, qui appartiennent au nerf grand sympathique, sont placés sur les piliers du diaphragme.

SÉMINAL, *seminalis*; qui a rapport au sperme.

On donne le nom de *vésicules séminales* à deux réservoirs situés, un de chaque côté, en dehors du canal déférent correspondant. Collées d'une manière immédiate à la face postérieure de la vessie, ces poches ne sont revêtues qu'en arrière par le péritoine, qui y adhère faiblement. Leur largeur est peu considérable en raison de leur longueur, car elles ont quatre ou

cinq pouces de long, sur deux à trois lignes seulement de diamètre; mais comme elles décrivent de grandes flexuosités, elles paraissent beaucoup plus courtes qu'elles ne le sont réellement. Cependant, elles ne sont pas toujours simplement flexueuses et semblables à un long cul-de-sac, car il est même plus ordinaire de les trouver ramifiées. Une multitude d'inégalités hérissent leur face interne, et produisent une sorte de réseau à mailles irrégulières : il existe en outre, entre les plus gros plis, une multitude d'autres replis moins saillans, qui contribuent à la rendre encore plus inégale. L'extrémité inférieure de chaque vésicule et du canal déférent s'ouvre dans un conduit extrêmement étroit, et long de quelques lignes, qu'on appelle canal éjaculateur, lequel converge, d'arrière en avant et de haut en bas, vers celui du côté opposé, pénètre dans la substance de la prostate, et s'ouvre dans l'urètre, au milieu du *veru montanum*.

Le sperme, apporté du testicule par le canal déférent, séjourne pendant quelque temps dans les vésicules séminales, où il se concentre par l'absorption de sa partie aqueuse, et se mêle avec l'humeur que sécrètent les parois de ces réservoirs. Quelques physiologistes ont prétendu, il est vrai, que ceux-ci n'avaient pas l'usage qu'on leur attribue généralement, et qu'ils servaient seulement à sécréter un fluide particulier qui se mêle avec l'humeur fournie par les testicules; mais les faits sur lesquels ils fondent leur opinion sont ou inexacts ou peu concluans.

Les maladies de ces réservoirs sont très-peu connues, et mériteraient d'être étudiées. On a observé superficiellement leur inflammation, leur suppuration, leur rétrécissement, et l'existence de calculs dans leur intérieur. C'est un des points d'anatomie pathologique qui réclament le plus de recherches nouvelles et faites dans l'esprit sévère qui caractérise les travaux des modernes.

SÉNÉ, s. m., *senna;* nom pharmaceutique donné aux feuilles de trois plantes, le *cassia obovata*, le *cassia lanceolata*, et le *cynanchum argul*, qui croissent en Egypte ou dans les pays d'alentour.

Ces trois feuilles sont toujours mêlées ensemble. On distingue facilement celles de la première plante, qui sont obtuses; mais celles des deux autres étant également aiguës, sont moins faciles à discerner; cependant celles de la casse lancéolée n'ont guère que neuf lignes de long, avec une côte moyenne et des nervures latérales, et sont obliques à leur base, de manière qu'une de leurs moitiés dépasse l'autre, tandis que celles de l'arguel ont jusqu'à douze ou quatorze lignes de long, avec une côte moyenne sans nervures laté-

rales sensibles, et sont régulières à sa base, leurs deux moitiés postérieures étant égales.

Le séné du commerce contient, outre ces trois feuilles, des débris de rameaux ou de pétioles, des follicules qui ont échappé au triage, des fragmens de diverses parties du séné, et des matières étrangères, parmi lesquelles on doit surtout signaler les feuilles du baguenaudier, qui diffèrent toutefois de celles de la casse ovale, en ce que celles-ci sont en ovale renversé, rétrécies en coin à la base, qui est inégale, non échancrées, et presque toujours acuminées au sommet, tandis que celles du baguenaudier sont exactement ovales, non rétrécies et régulières à la base, obtuses, un peu échancrées, et non acuminées au sommet.

Les feuilles de séné ont une odeur nauséabonde particulière, qui est très-tenace, et l'une des plus répugnantes que l'on connaisse. Leur saveur est amère. Elles communiquent à l'eau une couleur brune. Quatre parties de ce liquide, à la température de dix degrés, leur enlèvent trois huitièmes de leur poids, par la simple infusion, et cinq huitièmes par des décoctions réitérées. L'infusion, outre différens sels, contient une matière extractive savonneuse, indépendamment de laquelle on en trouve, dans la décoction, une autre âcre, amère et un peu grasse, qui se rapproche des résines, mais qui paraît ne pas exister, comme telle, dans le séné, et provenir de la combinaison de la matière savonneuse avec l'oxigène de l'air pendant l'ébullition. La substance savonneuse purge sans exciter ni tranchées ni coliques, comme fait le principe résineux; d'où il suit, d'après Bouillon-Lagrange, qu'on doit employer l'infusion de séné à froid, pendant douze ou quinze heures, de préférence aux décoctions.

Tout le monde sait que le séné est purgatif. A ce titre, on en fait une consommation immense, et peu de médicamens ont plus de vogue que lui. Son seul inconvénient consiste dans l'odeur et la saveur désagréables qui le caractérisent, et dans les rapports nidoreux, parfois suivis de vomissemens, qu'il excite chez certains sujets. Toutes les autres propriétés dont on l'a décoré sont imaginaires. La dose ordinaire est de deux gros pour un adulte, en infusion, et l'on peut aller jusqu'à une demi-once. En poudre, on en donne moitié moins. Deux gros de séné, deux de sel, et deux onces de manne, constituent la potion purgative la plus habituellement employée.

SENEÇON, s. m., *senecio;* genre de plantes de la syngénésie polygamie superflue, L., et de la famille des corymbifères, J., qui a pour caractères : calice polyphylle sur une seule rangée, caliculé à sa base, réfléchi dans sa maturité, à

folioles inégales, noirâtres au sommet; réceptacle nu, supportant des fleurons hermaphrodites, tubuleux, sur le disque, et, à la circonférence le plus souvent, des demi fleurons femelles fertiles; semences à aigrette simple et sessile.

Le *seneçon commun*, *senecio vulgaris*, plante qu'on rencontre à chaque instant dans nos climats, est inodore, et doué d'une saveur fade, herbacée. Autrefois, il passait pour apéritif, et on le conseillait, en décoction, dans la jaunisse et les maladies du foie. S'il exerçait alors quelque action, ce ne pouvait être qu'à titre d'émollient. On ne s'en sert presque jamais aujourd'hui.

SENEKA, s. m.; nom pharmaceutique de la racine du *polygala senega*, plante de l'Amérique du nord.

Cette racine, d'un gris légèrement rougeâtre à l'extérieur, est ridée, irrégulière, raboteuse, en petites souches agglomérées, ou en morceaux simples, de la grosseur d'un tuyau de plume, arqués et garnis, sur leur courbure, d'un prolongement lamelleux en forme de crête. En dedans, elle est blanche, son odeur est faiblement aromatique, sa saveur âcre et piquante. On ne connaît pas sa composition, car nous n'en avons point d'analyse exacte. Le seneka agit comme excitant sur les voies gastriques, puisqu'il détermine souvent un effet vomitif ou purgatif. Tennent prétend l'avoir administré avec succès dans les inflammations de poitrine; mais comme il employait en même temps la saignée et les émolliens, c'est sans contredit à ces derniers que les résultats heureux qu'il a obtenus doivent être attribués. D'autres ont répété ses expériences, et ont eu, disent-ils, le même bonheur que lui. Mais, malgré les éloges de Lemery, Jussieu, Bouvart, Desbois de Rochefort, Kreysig et autres, personne n'oserait aujourd'hui donner le polygala dans les phlegmasies pectorales, si ce n'est la petite secte de médecins qui prodiguent l'émétique avec une facilité qu'on peut appeler coupable, puisqu'il y va de la vie des hommes.

La propriété excitante du seneka peut le rendre quelquefois utile, comme révulsif, dans l'inflammation, chronique surtout, de la membrane muqueuse des voies aériennes; mais il faut l'administrer avec prudence; car, de même que tous les autres révulsifs, il exaspère quelquefois les accidens en pareil cas.

La dose ordinaire doit être au plus d'un gros dans la journée. On l'emploie en décoction. Si on le donnait en poudre, il faudrait ne pas dépasser cinq ou six grains.

SENS, s. m., *sensus*: se dit de la sensibilité considérée dans les appareils visuel, auditif, olfactif, gustatif et tactile; Buf-

son s'en est servi pour exprimer la sensibilité sexuelle, et certes il n'a pas eu tort. Le nombre des sens a été trop restreint. Cependant, toutes les fois qu'on dit les *sens*, on entend la VUE, l'OUÏE, l'ODORAT, le GOUT et le TOUCHER; et, par *organes des sens*, on entend l'*œil*, l'*oreille*, le *nez*, la *langue* et la *peau*. Sous le nom de *sens internes*, on désigne la sensibilité obscure, l'excitabilité, quelquefois douloureuse, des membranes muqueuses pulmonaire, gastrique, intestinale, cystique, utérine, etc. *Voyez* SENSIBILITÉ.

SENSATION, s. f., *sensatio* : transmission; réception et perception des impressions exercées sur les extrémités des nerfs qui concourent à l'exercice de la sensibilité. La sensation est précédée par l'action de la partie destinée à modifier le stimulant à l'occasion duquel elle a lieu. On distingue des sensations perçues et des sensations non perçues; les premières deviennent des *idées* quand on les considère sous le point de vue de la perception. Les secondes ne sont pas des sensations, puisqu'il n'y a pas sensibilité lorsqu'il n'y a pas conscience. Les sensations sans conscience ont été appelées *cœnes thesis* par Reil. Ce sont celles qui ont lieu entre les viscères et le cerveau dans l'état normal : ce sont les sensations latentes organiques ou nutritives de Bichat et Richerand. On appelle aussi sensations externes celles qui sont transmises par les organes de la vue, de l'ouïe, de l'odorat, du goût et du toucher; sensations internes, celles qui proviennent de l'absence ou de la présence de l'air dans le poumon, des alimens dans l'estomac, etc.

On a distingué des *sensations actives*, ou celles qui ont lieu quand on y prête attention, et des *sensations passives*, ou celles qu'on éprouve à l'improviste; mais, dans les deux cas, la perception est active. Une meilleure division serait celle en sensations *normales* et *accidentelles*, soit *externes*, soit *internes*. *Voyez* SENSIBILITÉ.

SENSIBILITÉ, s. f., *sensilitas*, *sensorium*, *sensus* : faculté en vertu de laquelle l'homme, et sans doute la plupart des animaux, sont avertis de la présence et des qualités des corps qui les avoisinent. On a étendu la signification de ce mot au point de s'en servir pour désigner toutes les coopérations nerveuses accompagnées de mouvement visible ou probable, avec ou sans conscience de la part du sujet. Telle fut l'erreur de Bordeu, de Bichat; telle est encore celle de Richerand. Ils admettaient deux espèces de sensibilité : l'une, avec conscience, ou animale, ou de relation; l'autre, sans conscience, ou organique, ou nutritive; au cerveau ils attribuaient la sensibilité permanente : de cette manière tous les

organes étaient sensibles. Il y avait deux ordres de sensations : des sensations animales ordinairement perçues, des sensations organiques non perçues pour l'ordinaire, et des sensations percevantes. On ne se servait pas précisément de ces expressions, mais elles dérivaient nécessairement des idées répandues sur la sensibilité. En somme, la sensibilité est une qualité des êtres qui peuvent éprouver des sensations, des parties organiques qui en conduisent; c'est dans ce sens que l'on dit que l'*homme*, les *nerfs*, les *organes des sens*, plusieurs *viscères* sont sensibles en totalité ou en partie. Haller est le premier qui ait fait des expériences positives sur la détermination des parties sensibles. De nos jours, les physiologistes ont cherché le siége de la sensibilité dans les diverses parties de l'encéphale. Autrefois, sous le titre de recherche du siége de l'âme, on désignait la recherche d'une partie cérébrale présidant à l'exercice de la sensibilité, de l'intelligence, de la volonté, des affections et des penchans. Aujourd'hui, on recherche quel est le rôle de chaque organe, et notamment de chaque partie du cerveau dans ces divers actes.

Selon Lamarck, la partie du système nerveux qui sert à la production du sentiment est distincte de celle qui est employée à l'excitation des muscles; dans les animaux vertébrés, c'est, dit-il, à l'extrémité antérieure de la moelle épinière, dans la moelle allongée même, ou peut-être dans sa protubérance annulaire, qui paraît être le *sensorium commune*, c'est-à-dire le centre de rapport des nerfs qui exécutent le phénomène de la sensibilité.

Magendie prétend que ce n'est ni dans le cerveau proprement dit, ni dans le cervelet, que réside le siége principal de la sensibilité. Enlevez, dit-il, les hémisphères du cerveau et ceux du cervelet chez un mammifère, cherchez à vous assurer s'il peut éprouver des sensations, et vous reconnaîtrez facilement qu'il est sensible aux odeurs, aux saveurs, aux sons et aux impressions tactiles; mais il devient aveugle. Si l'on coupe les cordons postérieurs de la moelle épinière, la sensibilité générale du tronc est abolie. Si l'on coupe la cinquième paire avant sa sortie du crâne, ou sur les côtés du quatrième ventricule, toute la sensibilité de la face est perdue. Il faut descendre au dessous du niveau de la première vertèbre cervicale, pour qu'une lésion latérale de la moelle ne soit pas suivie de la perte de la sensibilité générale et de celle des sens. Cet expérimentateur présume qu'il y a continuité entre les cordons postérieurs de la moelle et l'origine de la cinquième paire.

A l'égard de la sensibilité visuelle, nous venons de dire

qu'elle cesse quand on enlève les hémisphères ; elle cesse également quand on coupe la cinquième paire.

Les sensibilités visuelle, auditive, olfactive, gustative et tactile cessent également quand on coupe, pour les quatre premières, la cinquième paire; pour la première, la seconde; pour la seconde, la portion molle de la septième paire; pour la troisième, la première paire; pour la quatrième, la neuvième paire. Magendie a dit qu'il serait possible que la première paire ne fût pas le nerf de l'odorat; c'est une erreur de son jugement; l'expérience qu'il a faite prouve contre sa conclusion.

Bordeu a dit que le cerveau est partagé en autant de départemens qu'il y a d'organes. En conséquence, on a cherché, par la voie des expériences, ne pouvant y procéder par la dissection, puisqu'on perd la trace des nerfs dès qu'on les examine à l'endroit où ils se continuent avec l'encéphale, on a cherché, dis-je, si certaines parties du cerveau n'étaient pas départies à certaines sensibilités.

On vient de dire que les hémisphères font partie de l'appareil visuel, puisque l'ablation de ces parties abolit la vue, selon Rolando, Flourens et Magendie. Ce dernier a constaté que la blessure de la couche optique, chez les mammifères, est aussi suivie de la perte de ce sens pour l'œil opposé. Flourens et lui affirment que la blessure du tubercule quadrijumeau antérieur altère la vue chez les oiseaux. Selon Flourens, le même effet a lieu chez les mammifères, ce que nie Magendie.

Ainsi, pour que la sensibilité visuelle s'exerce, il faut intégrité des hémisphères, des couches optiques, de la branche ophthalmique de la cinquième, et peut-être des tubercules quadrijumeaux antérieurs; tandis que, pour les autres, il ne faut intégrité que des rameaux de la cinquième, qui appartient à chaque sens, et du nerf propre a chacun; on ignore quelle partie de l'encéphale, à l'exception des cordons postérieurs de la moelle, doit être intacte pour que chacun d'eux s'exerce convenablement.

Selon Flourens, les lobes cérébraux sont le siége exclusif de la sensibilité, ainsi que des perceptions et des volitions; organiquement, il confond ces trois facultés, comme Condillac les a confondues idéologiquement. Magendie, comme nous venons de le dire, nie que l'ablation des lobes du cerveau rende insensible aux odeurs, aux saveurs, aux sons et aux impressions tactiles. Lequel croire de ces deux expérimentateurs?

On ne peut nier qu'il n'y ait une sensibilité autre que celle

dont nous venons de parler, et qui peut être appelée *animale*, parce que les animaux en sont seuls pourvus. Il s'agit de la sensibilité qui, durant cet état d'excitation vive, de passion, de maladie, nous fait avoir conscience de certaines impressions fortes ou douloureuses; de certaines actions qui ont lieu dans les viscères ou toute autre partie du corps, où, dans l'état normal, on ne distingue rien d'analogue. Nous proposons d'appeler cette sensibilité *accidentelle;* elle a lieu quand on éprouve une douleur, dans un os par exemple, ou bien une palpitation de cœur, ou même seulement quand on sent battre ce viscère, sans que ce sentiment soit pénible. La sensibilité animale, faculté dont l'exercice est rare et toujours morbide en quelque chose, n'est pas l'exagération de la sensibilité organique ou nutritive, comme le voulaient Bichat et Richerand, car ce qui n'existe pas ne peut augmenter. Il n'y a pas de sensibilité sans conscience.

Il est vrai que souvent des impressions sont reçues par les nerfs, et que ceux-ci agissent en conséquence sur le cerveau, sans que le sujet en ait conscience, et c'est ce qui arrive: 1° quand on est tout entier à l'idée d'un autre objet; 2° dans le délire; 3° dans le sommeil; 4° dans l'apoplexie: mais alors la sensibilité, ou, si l'on veut, l'activité cérébrale, est préoccupée, ou suspendue, ou abolie. On pourrait seulement exiger un autre mot que celui de sensation pour désigner ce qui se passe alors; c'est peut-être le cas de se servir de celui d'*innervation*, ou de tout autre plus convenable.

Relativement à la non perception de l'impression, l'homme est alors comme un animal privé de centre sensitif; mais le cerveau n'en est pas moins affecté, quoique sans conscience, et, sous ce rapport, c'est le même cas que celui de l'action sans conscience, sinon démontrée, du moins très-probable, de tous les viscères sur l'encéphale, et de la réaction, également sans conscience, du cerveau sur les autres organes, qu'on ne peut non plus se dispenser d'admettre. Il reste à démontrer positivement l'une et l'autre, à établir si elles sont continues ou périodiques, à dire enfin quelles en sont les lois.

On a demandé si le grand sympathique jouissait de la sensibilité; il ne peut en jouir qu'à la manière des nerfs pneumogastriques, c'est-à-dire passagèrement, quand les impressions sont fortes ou inaccoutumées, l'action violente, en un mot, l'état voisin de la douleur, ou tout à fait douloureux. Voilà pourquoi on enlève des ganglions nerveux cervicaux, et même thoraciques, sans douleur; que l'on commence d'abord par les irriter pendant quelques jours, qu'ensuite on les coupe, on les déchire, et alors on leur trouvera de la sensibilité.

Magendie prétend que la rétine n'est pas sensible, non plus que le nerf optique; il en dit autant de tous les nerfs des quatre premiers sens externes; mais ses expériences prouvent seulement que chacun de ces nerfs n'est sensible qu'à l'excitant qui lui est approprié. La sensibilité est relative partout; la rétine n'est point sensible à l'action d'un crochet de fer, mais elle l'est, au plus haut degré, à celle d'un rayon de lumière un peu vive.

Sous le rapport de la sensibilité, on pourrait diviser les organes en *habituellement sensibles* et *accidentellement sensibles*. S'il était bon à quelque chose de diviser la sensibilité, il faudrait la diviser d'abord, comme nous l'avons dit, en *normale* et *anormale;* puis en visuelle, olfactive, auditive, gustative et tactile. L'accidentelle serait oculaire, nasale, auriculaire, linguale, cutanée, laryngée, pharyngée, stomacale, intestinale, cardiaque, etc.; à quoi il faut ajouter la sensibilité sexuelle, la plus intermittente de toutes.

Dire qu'il n'y a qu'un sens, qu'il y en a cinq, qu'il y en a six et même sept, c'est donc trop restreindre le champ de la sensibilité; ces divisions scolastiques disparaîtront comme tant d'autres.

On ne croit plus que l'exercice de la sensibilité dépende de la vibration ou du froncement des nerfs; mais quelques personnes, et Lamarck surtout, pensent qu'elle résulte d'une modification du fluide nerveux, analogue au fluide impondéré électro magnétique. Ces conceptions ingénieuses reposent sur des rapprochemens trop hardis pour qu'on les donne pour autre chose que des conjectures.

La mémoire, l'attention, la comparaison, le jugement, le raisonnement, la volonté, etc., ne sont-ils que des modifications de la sensibilité? On l'a dit, mais on a prouvé seulement que ces divers actes intellectuels se succèdent, s'enchaînent et se reproduisent les uns les autres. Il reste à déterminer si le cerveau y participe dans son entier ou par certaines de ses parties pour chacun de ces actes. L'obscurité qui couvre ce point de contact de l'idéologie et de la physiologie est la cause de l'opposition qu'on remarque entre les conclusions tirées par les expérimentateurs de leurs recherches, alors même qu'elles ont donné les mêmes résultats.

Sous le point de vue moral, la sensibilité est cette aptitude de l'homme à souffrir intérieurement lorsqu'il éprouve une injustice, quand il essuie un outrage, quand il s'éloigne de sa patrie, quand la mort lui ravit une personne qu'il aime, et quand il voit souffrir; c'est la faculté qui le rend susceptible d'AFFECTIONS tristes ou agréables, de SENTIMENS affectueux

ou haineux, de PASSIONS louables ou répréhensibles, *d'attachement*, de *compassion*, etc. A cet égard, *voyez* la *Physiologie des sentimens moraux et des passions*, par Alibert.

SENSIBLE, adj., *sensilis*, *sensitivus*, *sensu prœditus* : se dit de tout ce qui tombe sous les sens; des êtres doués de sensibilité; des nerfs qui concourent aux sensations; des organes et des tissus qui récèlent ces nerfs; de l'encéphale où s'accomplissent les sensations; de la partie de l'encéphale où cet accomplissement a lieu spécialement; enfin de toute partie du corps dont la lésion détermine de la douleur. *Voyez* SENSIBILITÉ.

SENSITIF, adj., *sensu prœditus*, *sensus compos* : se dit de l'appareil nerveux cutané qui concourt à l'exercice de la sensibilité, et d'une plante qui semble être douée de sensibilité.

SENTIMENT, s. m., *sensus*, *sensio* : perception d'une impression, exercice de la sensibilité; on distingue le *sentiment physique*, qui n'est autre que l'accomplissement de la sensibilité visuelle, auditive, olfactive, gustative, tactile et sexuelle, du *sentiment moral*, qui comprend les AFFECTIONS, les *penchans* et les PASSIONS. Il se prend aussi dans le sens de *conscience*. *Voyez* SENSIBILITÉ.

SEPTIQUE, adj., *septicus*; épithète donnée à toute substance qui, par son application sur une partie vivante, ou par son introduction dans l'économie, y provoque une irritation ayant pour résultat une inflammation dont les produits exhalent une odeur plus ou moins analogue à celle des corps en putréfaction. On supposait autrefois que les substances dites septiques ont la propriété de faire naître une tendance à la putréfaction, ou même une putréfaction plus ou moins prononcée dans les humeurs et les tissus. Cette hypothèse, fondée sur l'application des lois de la chimie à la physique des corps vivans, et sur l'appréciation grossière des phénomènes consécutifs à certaines phlegmasies, n'est ni admissible ni admise par aucun esprit juste aujourd'hui.

SEPTUM, s. m.; mot latin, conservé en français, et dont les anatomistes se servent pour désigner certaines cloisons qui séparent deux cavités du corps. On ne l'emploie pourtant guère qu'à l'occasion de la cloison mince, tendue entre les deux ventricules latéraux de l'encéphale, qui porte le nom de *septum lucidum*.

SÉQUESTRATION, s. f., *sequestratio*. Esquirol se sert de cette expression pour désigner le placement des aliénés dans une maison de santé, dans un hôpital spécial ayant pour but de les isoler non des malades de leur espèce, mais de leurs

occupations, de leurs parens et des étrangers auxquels ils pourraient nuire, ou qui agraveraient leur état, et enfin de leur ôter le libre usage de leurs actions. Ce mode d'isolement a aussi pour but d'imprimer aux idées et aux affections de l'aliéné une nouvelle direction, en l'entourant d'impressions nouvelles, en le soustrayant à ses habitudes, en changeant sa manière de vivre. On ne doit séquestrer que les aliénés dangereux, et, parmi ceux qui ne le sont pas, ceux auxquels l'isolement peut être avantageux. Esquirol ne dissimule pas qu'il y a parfois du danger à isoler trop promptement, trop subitement, les aliénés de leurs alentours. Le délire, même furieux, n'est pas un motif suffisant, car il peut n'être que passager, à moins que déjà le sujet n'ait été aliéné. Il n'y a point d'inconvénient à attendre quelques jours, en pareil cas, avant de prononcer sur la nécessité de la séquestration. Dans les aliénations bien caractérisées, il convient, autant que faire se peut, d'attendre un mois environ avant d'ordonner la séquestration, car souvent cette affection guérit dans cet espace de temps, quand les circonstances sont favorables, et surtout si la cause a été accidentelle, telle qu'une frayeur. La séquestration peut encore être ajournée si les causes de la folie sont étrangères aux alentours du malade, si l'aliéné est extrêmement sensible, s'il se plaît dans sa maison, s'il a de longs intervalles lucides, s'il redoute l'isolement; mais les aliénés pauvres, les maniaques, les monomaniaques qui penchent au suicide, au meurtre, les filles imbécilles, idiotes, les riches, peuvent être séquestrés dans une maison de campagne ou dans leur propre maison.

Dès qu'un aliéné est séquestré, il ne faut permettre que tard et rarement les visites des parens, qui doivent toujours être fort courtes, à moins que la séquestration n'ait été commandée par la pauvreté seulement du malade, et que le sujet n'ait de longs intervalles lucides. L'isolement ne doit cesser, quand il était impérieusement indiqué, que lorsqu'on a toutes les preuves d'une guérison aussi solide que possible.

Les maisons, les hôpitaux où l'on isole les aliénés, doivent être attentivement surveillés par des commissaires, les uns médecins, les autres magistrats, les autres pris dans les classes les plus élevées de la société. Jamais l'isolement ne doit être opéré qu'après l'approbation de l'autorité judiciaire ou administrative, et conformément aux formes voulues par la loi. Quand les parens cachent l'état d'un aliéné, et le conservent dans leur maison, on n'a pas le droit de le leur enlever, aussi long-temps qu'ils l'entourent de tous les moyens de surveillance, et qu'il ne cause aucun accident préjudiciable à la société.

SÉQUESTRE, s. m., *sequestrum ;* nom donné par les chirurgiens à toute portion mortifiée d'un os, surtout d'un os long et cylindrique, parce qu'elle se sépare des parties vivantes.

SEREIN, s. m., *rores vespertini ;* humidité qui se manifeste dans l'atmosphère pendant les soirées d'été, une heure ou deux après le coucher du soleil, et qui tient à ce qu'une partie de l'eau vaporisée durant la journée se condense et se convertit en fluide dès que la surface du globe se refroidit.

Par lui-même, le serein n'a d'autres inconvéniens, graves à la vérité, que ceux qui résultent du froid humide, surtout lorsqu'il succède brusquement à une température élevée; mais, comme l'eau, en se condensant peut se charger d'émanations délétères, ainsi qu'il arrive dans les contrées marécageuses, le serein devient alors doublement funeste, et par la raison précédente, et en favorisant l'action de ces effluves dangereuses sur l'économie animale. On doit donc toujours s'en garantir avec soin.

SÉREUX, adj., *serosus :* qui a le caractère de la sérosité, comme le pus, quand il est liquide, diaphane et jaunâtre, ou qui fournit, qui exhale de la sérosité, comme certaines membranes. L'ensemble de ces derniers porte le nom de *système séreux*.

Le système séreux se prête à plusieurs considérations d'un grand intérêt, dont nous allons rassembler ici les principaux points.

Il se compose de membranes formant des sacs plus ou moins arrondis, entre lesquels il n'existe pas de connexion immédiate, et qui sont généralement fermés de toutes parts. On le partage en deux grandes sections, qui comprennent, l'une les membranes synoviales, et l'autre les membranes séreuses proprement dites. Quoique ces membranes ne diffèrent pas essentiellement les unes des autres sous le rapport de leur structure et de leurs fonctions, nous n'examinerons ici que les séreuses proprement dites, et les synoviales fourniront le sujet d'un article spécial.

Les membranes séreuses qui existent dans l'état normal sont : l'arachnoïde, le péricarde, les plèvres, le péritoine et la tunique vaginale du testicule. Chacune d'elles a la forme d'un sac simple qui serait replié sur lui-même dans un point de sa circonférence, ou qui aurait été renfoncé en partie dans sa propre cavité par l'action d'un corps simple. On peut donc, à la rigueur, les considérer comme étant composées de deux sacs renfermés l'un dans l'autre, à l'instar des deux doubles d'un bonnet de nuit. De ces deux sacs, l'externe constitue toujours une cavité bien plus vaste que l'interne, du moins en apparence, car il arrive parfois que ce dernier a beaucoup

plus de capacité, en raison des nombreux replis de la membrane. Le sac interne renferme constamment un organe, un viscère, auquel il adhère d'une manière intime. L'adhérence, assez légère dans l'endroit où la membrane se réfléchit sur elle-même, devient peu à peu de plus en plus intime, et augmente souvent à tel point, qu'il devient impossible de séparer la tunique séreuse des parties sous-jacentes, avec lesquelles elle fait réellement corps. Cependant cette union n'est pas également intime partout; et le péritoine, par exemple, adhère d'une manière assez faible aux portions de la vessie, du duodénum et du pancréas qu'il recouvre, tandis qu'il est solidement fixé aux organes internes de la génération chez la femme. A cet égard, on peut poser en principe que la force de l'adhérence est en raison directe de la dureté de l'organe sur lequel la membrane s'applique, et cette proposition n'est pas moins vraie à l'égard du sac externe que par rapport au sac interne.

Tantôt la réflexion des membranes séreuses sur elles-mêmes s'opère d'une manière subite, ce qui fait que le sac interne s'applique de suite sur l'organe dont il couvre la surface; tantôt il reste, entre ce dernier et lui, une lacune plus ou moins considérable, formée de deux feuillets, entre lesquels rampent les vaisseaux et les nerfs destinés à l'organe que le sac protège. Dans le premier cas, une partie de ce dernier fait presque toujours saillie hors du sac séreux; dans le second, il n'y a qu'une très-petite portion de son étendue, celle par laquelle y arrivent les vaisseaux, qui ne soit pas tapissée par la membrane. Mais, la plupart du temps, on rencontre à la fois les deux dispositions.

Ces replis, interposés entre les deux sacs et les organes revêtus par l'interne, ne sont pas les seuls que décrivent les membranes séreuses; elles en forment d'autres encore, de nature diverse. Ainsi, elles se prolongent toujours au delà de l'organe enveloppé par le sac interne, et alors, tantôt pendent librement et se réfléchissent de nouveau sur elles-mêmes, comme il arrive aux épiploons, tantôt passent d'une des parties contenues dans le sac commun à l'autre, ainsi que l'enveloppe externe du ligament rond de l'articulation coxo-fémorale en offre un exemple. Mais, en examinant avec soin ces prolongemens, on voit qu'ils sont tous réellement de même nature, c'est-à-dire dus au passage du sac interne d'un organe à un autre, et qu'ils ne diffèrent que sous le rapport de leur plus ou moins grande étendue. Cependant on en trouve aussi quelques-uns, tels que les appendices épiploïques, qui sont parfaitement libres, et qui s'élèvent de la surface des organes tapissés par le sac interne, sans que leur sommet adhère à au-

cune autre partie. La plupart de ces replis ou prolongemens sont en rapport avec la situation respective des membranes et des organes qu'elles revêtent, et, communément ils servent, du moins en partie, à couvrir dans un temps des parties qu'ils ne recouvrent point dans d'autres, et qui, en se distendant, s'enfoncent entre leurs deux lames.

Les membranes séreuses ne font point partie essentielle des organes sur lesquels elles sont étendues, et ne constituent, dans le fait, que des moyens d'établir, entre ceux-ci et les autres organes, une ligne de démarcation plus tranchée, soit sous le rapport du mode d'existence, soit sous celui de la situation seulement. Il résulte de là que les maladies auxquelles elles sont exposées, exercent beaucoup moins d'influence sur les parties sous-jacentes, que ne le font celles des autres membranes. Cependant, toutes les fois que l'union est assez intime pour qu'on ne puisse plus les séparer des organes dont elles protégent la surface, leurs affections ne tardent guère à se communiquer à ces derniers.

L'occlusion complète des sacs séreux, dont il a été parlé plus haut, n'est un fait général ni dans toute la série animale; ni même chez l'homme. Ainsi, pour nous borner à ce dernier, la cavité péritonéale communique, par l'orifice interne des trompes de Fallope, avec l'intérieur de la matrice. Mais ce cas est le seul que l'on puisse citer, dans le corps humain, d'une connexion immédiate entre une membrane séreuse et une membrane muqueuse.

La face interne de ces sacs est toujours lisse, polie, et humectée dans l'état normal. L'externe, au contraire, offre un grand nombre d'inégalités, à l'aide desquelles elle s'unit aux parties voisines, par l'intermède du tissu cellulaire.

Les sacs séreux sont toujours fort minces, eu égard à leurs autres dimensions. Cependant il n'existe point de rapport direct et constant entre leur épaisseur et leur capacité. Ils sont toujours plus ou moins pellucides, blanchâtres et brillans, moins toutefois que les organes fibreux, avec lesquels ils ont des connexions très-intimes.

Relativement à la texture, les membranes séreuses paraissent n'être qu'une très-légère modification du tissu cellulaire, que ce tissu plus condensé et réduit en grandes lames. Ce qui le prouve, c'est que les deux systèmes ont la même couleur, qu'en poussant de l'air dans le tissu cellulaire on le convertit en aréoles absolument semblables aux membranes séreuses, qu'on peut réduire celles-ci en tissu cellulaire, soit en les faisant macérer, soit en poussant de l'air au dessous d'elles; qu'elles présentent une masse homogène comme le tissu cel-

lulaire, qu'on n'y aperçoit aucune trace de fibres, et qu'elles ne reçoivent pas de nerfs.

Deux opinions différentes ont été émises relativement à leur vascularité. Les uns admettent qu'elles reçoivent peu de vaisseaux sanguins, et qu'elles sont presque uniquement composées d'un tissu de vaisseaux inhalans et absorbans. Les autres pensent, avec Ribes et Rudolphi, qu'aucun vaisseau sanguin ne les pénètre, et qu'elles sont formées uniquement de tissu cellulaire, dont elles constituent les limites aux surfaces libres. Cette dernière opinion paraît être la plus probable, celle qui se concilie le mieux avec les dissections et avec les faits pathologiques,

Il y a également dissidence à l'égard des fonctions remplies par les membranes séreuses. Suivant les uns, elles servent à l'absorption et à l'exhalation; elles forment, autour des parties qu'elles enveloppent, une barrière qui les isole. Selon Rudolphi, elles ne fournissent elles-mêmes aucune sécrétion, mais laissant seulement passer la perspiration fournie par le tissu cellulaire, par rapport auquel elles remplissent les mêmes fonctions que l'épiderme à l'égard du derme. Cette hypothèse se rattache à la précédente, et doit tomber ou se maintenir avec elle.

Les membranes séreuses jouissent à un haut degré de la faculté de s'étendre et de se resserrer sur elles-mêmes. C'est ce qui explique pourquoi on les trouve intactes, même lorsqu'elles ont été distendues autre mesure par une cause quelconque, comme dans les cas d'hydropisie ou de tumeurs volumineuses. Mais, en pareil cas, elles n'éprouvent pas une simple distension; leurs plis se développent en partie, elles se déplacent un peu, à la faveur de la laxité du tissu cellulaire qui les unit aux parties voisines, et augmentent réellement de masse. Voilà pourquoi, dans les hydropisies, au lieu d'être amincies en raison de l'ampliation qu'elles ont acquise, elles ont au contraire pris plus d'épaisseur. Mais ce qui prouve aussi qu'en pareille circonstance les changemens qu'elles subissent dépendent en grande partie d'une extension forcée, c'est que leur cavité diminue d'une manière rapide et à un degré considérable lorsque la cause de leur distension vient à cesser, et qu'elles le font sans se rider ni se plisser.

Dépourvues de sensibilité, ou n'en ayant du moins qu'une extrêmement faible dans l'état de santé, elles en acquièrent une plus ou moins vive dans les maladies, et l'inflammation, lorsqu'elle y établit son siége, devient la source de douleurs fort aiguës.

Elles servent à isoler les organes qu'elles renferment, et à

en rendre les mouvemens plus faciles par l'exhalation continuelle du fluide qui lubréfie leur surface.

Aux diverses époques de la vie, elles présentent des différences qui roulent à la fois et sur leur configuration et sur leur texture. On ignore si elles ont, dès l'origine, la forme de sacs sans ouverture; mais tout porte à croire qu'elles ne sont pas au moins toutes dans ce cas, et que le péritoine, le péricarde, par exemple, sont d'abord ouverts. Quant à leur configuration, elles s'effacent sur quelques points et se développent sur d'autres, ce qui tient aux changemens survenus dans la situation des organes que leur cavité renferme. Leur nombre même, en les considérant comme autant de sacs distincts, varie aux diverses époques de la vie, et, pour n'en citer qu'un seul exemple, on voit la tunique vaginale du testicule, qui se continue d'abord avec le péritoine, devenir distincte avec le temps, par l'oblitération de sa partie supérieure. Relativement à leur texture, elles ne varient guère qu'en ce que, à l'instar de tous les organes, elles sont d'abord unies aux parties voisines par des liens plus lâches, ce qui permet de les isoler, de les détacher plus facilement. Mais on n'observe cette disposition que dans leur feuillet externe, et elle ne s'applique point à l'interne. On doit présumer aussi que le fluide qu'elles exhalent n'est pas le même à toutes les époques de la vie; mais nous ne savons rien de positif à cet égard. Ce point important de doctrine ne pourra être éclairci qu'après de nombreuses analyses comparatives.

Les vices de conformation primitive des membranes séreuses sont assez rares, et consistent presque toujours en des suspensions de développement, comme l'absence d'une portion de ces membranes, ou la communication anormale entre celles qui ne doivent être confondues ensemble que durant les premiers temps de l'existence. Mais on en rencontre d'autres encore, dont le plus remarquable est l'existence, dans l'intérieur du sac normal, d'un autre sac séreux qui communique avec lui par une ouverture plus ou moins étroite, renferme une partie des viscères libres chez la plupart des sujets, et les isole des autres. Cette disposition insolite n'a encore été observée que dans le péritoine.

Quant aux vices de conformation consécutifs ou acquis, les membranes séreuses y sont sujettes, puisqu'elles prennent part aux hernies, dans lesquelles une portion de leur étendue se détache des parois de la cavité, passe à travers un écartement de ces mêmes parois, et forme ainsi un sac appelé *herniaire*, dans lequel s'insinuent quelques-uns des viscères logés dans la cavité et tapissés par la membrane. *Voyez* HERNIE.

Les autres altérations qui surviennent dans les membranes séreuses sont les conséquences d'états morbides antérieurs, comme leur distension, souvent énorme, par de la sérosité accumulée dans les diverses hydropisies, et leur dégénérescence produite par l'inflammation. Sous ce rapport, nous devons faire observer que Chaussier, Ribes et Rudolphi soutiennent que l'inflammation n'a pas son siége dans les membranes séreuses, mais dans les organes tapissés par elles, qu'elles ne peuvent pas plus s'enflammer que l'épiderme, et que la pleurésie, la péricardite, la péritonite, etc., sont des phlegmasies de la surface des poumons, du cœur, des viscères abdominaux, etc. Si les inflammations dites séreuses ne sont en effet que des phlegmasies du tissu cellulaire sus-viscéral, on conçoit la rapidité, l'intensité, le danger de ces maladies, et l'abondance des produits qu'elles fournissent. Quoi qu'il en soit, ces phlegmasies ont une grande tendance à se terminer par des exsudations dans l'intérieur de la substance des membranes, qui ont pour résultat de produire leur épaississement, ou par des exsudations à leur surface, qui amènent l'adhérence mutuelle des faces correspondantes des deux sacs, sans qu'en général la membrane ait été détruite auparavant par la suppuration. Ces adhérences varient beaucoup sous le rapport de l'étendue, de la solidité, de la structure et du nombre. Tantôt elles envahissent la surface entière de la membrane et des parties qu'elle enveloppe, de sorte qu'il devient presque impossible de distinguer ces dernières les unes des autres, et qu'on serait disposé à croire que le sac extérieur a disparu; tantôt elles sont bornées à un seul point ou à un petit nombre de points du sac externe et du sac interne, de manière qu'il n'y a que les organes situés en cet endroit qui soient devenus adhérens. Elles peuvent être très-intimes, tellement même que les parties réunies semblent n'en plus faire qu'une seule, ou bien elles sont lâches et faciles à déchirer. Enfin, elles sont tantôt très-courtes, tantôt plus ou moins longues. Dans ce dernier cas, elles donnent lieu à des cordons, des ligamens, des fausses membranes, dont la texture se rapproche plus ou moins de celle des membranes séreuses normales, et qui entraînent souvent des étranglemens internes mortels, lorsqu'ils se développent sur des points où des parties très-mobiles peuvent se glisser dans les anneaux qui en résultent.

Les membranes séreuses ont beaucoup de tendance à s'ossifier, et, sous ce point de vue, elles ne présentent pas moins de différences que sous celui des adhérences. En effet, tantôt c'est leur substance elle-même qui s'ossifie, et tantôt il se forme à leur surface des concrétions lisses, la plupart du

temps arrondies, variables en nombre et en étendue, qui sont plus ou moins libres, et souvent se détachent tout à fait de la membrane, dans la cavité de laquelle elles flottent sans obstacle. En général, ces ossifications ont la forme de larges plaques, et fréquemment elles acquièrent des dimensions assez considérables pour faire disparaître presqu'en totalité la substance de l'organe. C'est ce qu'on voit surtout à la rate.

Ces membranes sont un des tissus qui ont le plus de tendance à se répéter d'une manière anormale. Les membranes séreuses accidentelles ont reçu le nom de KYSTES. Elles deviennent très-souvent la base des autres formations insolites, parce qu'elles se développent avant ces dernières, et que ce sont elles qui leur donnent ensuite naissance.

On a désigné sous le nom de *maladies séreuses* l'hydrocéphale, les tumeurs des genoux, les parotides, l'odontalgie, l'otalgie, l'amblyopie *ab eluvie serosâ*, l'hémicranie, le vertige, le carus, la fièvre tierce comateuse, l'apoplexie légère, la léthargie périodique, l'épilepsie *à colluvie-serosâ*; la syncope mortelle, les palpitations de cœur, la toux, l'asthme, l'hydropisie du poumon, celle du thorax, les hydatides du poumon, la dyspnée très-grave, la pleurésie, *ab illuvie serosâ;* la diarrhée, les douleurs du bas-ventre, l'ascite, l'hydropisie du foie, de la rate, de l'utérus, les môles, l'ischurie, l'hydrocèle *à profluvie serosâ;* la goutte, la stupeur, la paralysie, l'anasarque, et les fièvres *à diluvie serosâ;* en un mot, toutes les maladies des membranes séreuses et muqueuses.

Les véritables maladies séreuses sont celles des membranes de ce nom; ce sont des phlegmasies de ces membranes et les hydropisies, ainsi que les épanchemens sanguins, laiteux, purulens, etc., qui s'y forment.

SÉROSITÉ, s. f., *serositas*. On appelle ainsi toutes les humeurs du corps qui sont claires, transparentes, et plus ou moins semblables à de l'eau.

On suppose, car rien ne le prouve, que, dans l'état sain, la sérosité s'exhale sous la forme de vapeur ou de rosée à la surface des membranes séreuses et dans l'intérieur du tissu cellulaire, et l'on regarde même cette exhalation comme la plus simple de toutes les sécrétions, parce qu'elle diffère peu de la partie séreuse du sang. Mais on ne sait absolument rien relativement à la manière dont elle est sécrétée, et il faut reléguer parmi les fables anatomiques tout ce qu'on a dit des vaisseaux exhalans ou séreux, toutes les hypothèses qu'on a bâties sur l'existence de ces vaisseaux, qu'il aurait fallu commencer par prouver.

Que la sérosité existe ou non dans l'état normal, on la ren-

contre souvent dans l'état maladif, et c'est son accumulation qui constitue les diverses sortes d'hydropisies.

SERPENTAIRE, s. f., *aristolochia serpentaria*. On appelle ainsi, ou *serpentaire de Virginie*, la racine d'une espèce d'aristoloche qui croît dans l'Amérique septentrionale, et qu'un préjugé populaire a décorée de vertus spéciales contre la morsure des serpens.

Cette racine est formée de petits paquets fibrillaires, courts, assez simples, adhérens à une souche commune, d'un gris brun, moins foncés à l'intérieur, et sans axe ligneux. Son odeur est aromatique et assez douce; sa saveur amère, aromatique et légèrement âcre. Nous n'en possédons pas encore d'analyse faite d'après les principes rigoureux de la chimie moderne. Les médecins anglais, qui l'ont fait connaître en Europe, lui ont attribué des propriétés presque merveilleuses, en la représentant comme un remède certain, non-seulement contre la morsure des reptiles vénimeux, mais encore contre les vers, la fièvre, la gangrène, la rage, les maladies nerveuses et malignes. Tous ces éloges fastueux n'ont pu subir l'épreuve du creuset de l'expérience. La serpentaire n'est qu'un tonique, un excitant, qui le cède même, sous ce rapport, à beaucoup d'autres substances. Par conséquent, elle convient et elle est contre-indiquée dans les mêmes cas que tous les agens doués de ces deux qualités. La dose ordinaire est d'un gros ou deux, en décoction dans l'eau. Si on veut la donner en substance et en poudre, soit en pilules, soit incorporé avec du miel ou un sirop, il faut en prescrire moitié moins. Quant à la teinture alcoolique, on n'en administre qu'un demi-gros dans une tisane ou une potion. La serpentaire n'est plus que tonique, lorsqu'on a préparé la décoction dans des vases ouverts, parce qu'alors elle a perdu une grande partie de son principe aromatique.

SERPENTIN, s. m.; tube de métal, contourné en spirale, et soudé par les deux bouts dans une cuve en cuivre, que l'on remplit d'eau froide. C'est une des parties de l'alambic. Il sert à recevoir et condenser les vapeurs qui sortent de la cucurbite.

SERPIGINEUX, adj., *repens*; se dit des phlegmasies de la peau qui semblent ramper à la surface de ce tissu, envahissant une partie à mesure qu'ils abandonnent l'autre, et cela sans interruption.

SERPOLET, s. m., *thymus serpyllum*; espèce de thym très-commune dans nos climats, sur la lisière des bois et les collines exposées au soleil. Il a une odeur agréable, une saveur aromatique et légèrement amère, qualités qui dénotent des ver-

lus toniques et excitantes. Assez usité autrefois, dans une multitude de maladies, contre lesquelles l'empirisme l'avait recommandé, il est tombé aujourd'hui en désuétude, quoiqu'il soit bien préférable, comme tant d'autres labiées indigènes, aux excitans qu'on tire à grands frais de l'etranger, et qui nous arrivent toujours plus ou moins altérés. Si on voulait l'administrer, on prescrirait l'infusion théiforme de ses sommités fleuries, à la dose d'une à quatre pincées par pinte d'eau.

SERRÉ, adj., épithète donnée au pouls, quand l'artère est tendue, dure, et plutôt petite que développée. On l'appelle *serratile*, lorsque les doigts sentent, au lieu d'un battement unique dans toute l'étendue qu'ils palpent, des pulsations dans divers points à la fois.

SERRE-NOEUD, s. m.; instrument imaginé par Desault, et qui fait partie de son appareil destiné à la ligature des polypes profonds. C'est une tige d'argent terminée par un anneau, dans lequel on passe les deux chefs de la ligature, qui vient ensuite s'attacher à une échancrure qu'offre l'autre extrémité de l'instrument.

SÉSAME, s. m., *sesamum;* genre de plantes de la didynamie angiospermie, L., et de la famille des bignonées, J., qui a pour caractères : calice persistant, à cinq divisions, dont une supérieure plus courte; corolle monopétale, à tube court, à limbe oblique, divisé en cinq parties, dont l'inférieure est plus longue; capsule oblongue, à quatre loges, séparées par des cloisons doubles et polyspermes.

Le *sésame d'Orient, sesamum Orientale*, est cultivé dans la Syrie et l'Egypte, où l'on mange ses semences, cuites dans du lait, grillées au four, ou en galettes. C'est un aliment assez agréable et fort nourrissant. Ces mêmes graines fournissent environ un quart de leur poids d'une huile douce, inodore, insipide, qui ne se fige jamais, et qui se rancit difficilement.

SESAMOIDE, adj., *sesamoïdes;* nom donné à de petits os irréguliers, dont le nombre et même l'existence ne sont point constans, qui se rencontrent dans quelques articulations des doigts et des orteils.

On trouve ordinairement deux de ces os à la partie antérieure de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce, un ou deux à l'articulation correspondante de l'index, un autre à celle du petit doigt, un à l'articulation phalangienne des pouces, trois au gros orteil, un à l'articulation métatarso-phalangienne du second, et un à celle du cinquième. On en trouve aussi, sous le cuboïde, dans le tendon du muscle long péronier, et un dans celui du jambier antérieur, près de son insertion au scaphoïde. Enfin, il y en a un, constant, à la

hauteur du genou, dans le tendon du muscle extenseur de la jambe. Celui-là porte le nom de ROTULE.

Les os sésamoïdes sont plats et légèrement arrondis. La distance qui les sépare de l'insertion des tendons aux os est peu considérable. Leur face externe et leurs faces latérales se confondent d'une manière intime avec la substance des tendons, tandis que l'interne est encroûtée de cartilage, et tournée vers l'un des deux os mobiles l'un sur l'autre, ou en rapport avec tous les deux à la fois. Au tarse et au carpe, ils sont presque toujours disposés par paires, l'un à côté de l'autre; mais au genou, et dans toutes les autres régions, même dans les articulations antérieures des orteils, où l'on en rencontre aussi quelquefois, ils sont simples, et ont une forme plus ou moins large. La plupart du temps, ils sont situés dans les articulations mêmes, en face des extrémités osseuses contiguës, dans les tendons qui correspondent à la partie mobile sur laquelle le muscle prend son insertion par leur intermédiaire, et du côté dans le sens duquel s'opère la flexion, sauf toutefois les deux exceptions fournies par la rotule et par l'os correspondant qu'on rencontre quelquefois au coude.

Ces petits os servent à éloigner les tendons du centre de mouvement, à faciliter leur glissement sur les os, à garantir les articulations, mais surtout à changer la direction de ces mêmes tendons, et à rendre leur angle d'insertion plus ouvert, ce qui augmente beaucoup la force des muscles auxquels ils appartiennent. Du reste, leur formation n'est pas, comme on l'a prétendu, l'effet purement mécanique de la pression des tendons ou des ligamens contre les surfaces osseuses; elle dépend des lois générales de l'ostéogénie.

SÉTON, s. m., *seto;* bandelette de linge, longue, étroite et effilée sur les bords, que l'on passe dans l'épaisseur de certaines parties, lorsque l'on veut y exciter une suppuration abondante et une vive irritation. La bandelette de linge peut être utilement remplacée par une mèche de coton à broder, plus ou moins volumineuse, suivant l'effet que l'on se propose d'obtenir. Ce dernier corps est moins irritant que l'autre, et convient mieux chez les sujets très-susceptibles.

Deux procédés sont employés pour passer le séton. Le premier et le plus usité, consiste à faire usage d'un bistouri et d'un stylet aiguillé, dans lequel est passée la mèche du séton, enduite de cérat. Le malade étant convenblement situé, et des alèses placées sur lui ou sur son lit, le chirurgien, après avoir rasé la partie, s'il en est besoin, fait à la peau un pli perpendiculaire à la direction que doit avoir le trajet de la plaie. Il maintient, de la main gauche, une des extrémités de ce pli, tandis que l'autre est confiée à un aide;

puis il plonge la pointe du bistouri, tenu à plat, à la base des parties soulevées, et de manière à ne point atteindre les organes sous-jacens. La peau étant traversée, le talon de l'instrument doit être un peu élevé, afin de rendre l'ouverture de sortie aussi étendue que celle d'entrée, après quoi on le retire, et le stylet aiguillé porté dans la plaie y entraîne et y dépose le séton, sur lequel on laisse les parties reprendre leur situation normale.

Suivant le second procédé, on fait usage de l'aiguille à séton; celle-ci est formée d'une tige large, aplatie, lisse, terminée d'un côté en lame de lancette, et présentant de l'autre un chas large et transversal, dans lequel est reçue la mèche du séton. Le sujet étant disposé comme dans le cas précédent, et le pli de la peau convenablement maintenu, le chirurgien traverse ce dernier avec l'aiguille, et, retirant ensuite l'instrument du côté opposé, dépose la bandelette dans les parties.

Après l'opération, les deux plaies doivent être recouvertes de plumasseaux enduits de cérat. On relève, sur l'un, le petit bout de la mèche, afin de prévenir tout mouvement rétrograde; une compresse épaisse recouvre ensuite la partie, et reçoit la longue extrémité du séton, repliée sur elle, afin qu'aucune souillure ne puisse l'atteindre, et qu'elle ne soit soumise à aucun tiraillement. Une compresse simple et une bande peu serrée achèvent d'affermir l'appareil. Les pansemens suivans, qu'il ne faut commencer que lorsque la suppuration est bien établie, consistent à tirer le petit bout de la mèche, de manière à en placer, dans le trajet de la plaie, une portion nouvelle, préalablement amollie et enduite de cérat. La partie qui a séjourné, depuis le pansement précédent, au milieu de la solution de continuité, doit être retranchée. Lorsque, la mèche étant épuisée, on veut en substituer une autre, il faut, s'il s'agit d'une bandelette de linge, coudre l'extrémité de la nouvelle au bout de l'ancienne, qui l'attire ainsi à sa suite. Lorsque l'on fait usage de coton, on place et on replie l'extrémité de la mèche nouvelle dans l'anse que forment les brins dont l'autre se compose.

L'état des parties à travers lesquelles passe le séton, doit être l'objet d'une surveillance attentive. Presque toujours il est utile de les recouvrir de cataplasmes émolliens placés entre deux linges, et qui, en rendant l'irritation moins intense, favorisent cependant la suppuration. Le malade doit éviter de tendre et de fatiguer la portion de peau sous laquelle le corps étranger est passé. Il est très-rarement nécessaire de rendre irritante la pommade dont on enduit la mèche, dans l'intention d'activer le travail suppuratoire. Lorsque le séton est trop

rudement poussé, ou que le sujet est disposé aux inflammations, il est assez fréquent de voir se développer, dans la portion de peau sous laquelle passe la mèche, une phlogose intense, qui se termine facilement par la gangrène. Nous avons vu, sur plusieurs vieillards, le séton devenir le foyer d'un érysipèle phlegmoneux, qui a ensuite envahi le cou, la poitrine, une partie du ventre, et entraîné la mort. On prévient ces accidens, aussitôt que la phlogose se développe, en supprimant les corps étrangers, et couvrant la partie de sangsues, ensuite de topiques émolliens. Quelquefois, malgré toutes ces précautions, les ouvertures du séton se cicatrisent au dehors, tandis que, du côté par lequel elles se correspondent, les parties s'ulcèrent et se détruisent. Il résulte de ce travail très-remarquable que le séton est graduellement expulsé du sein des parties vivantes, et que la cicatrice se forme derrière lui, à mesure que les mouvemens organiques le poussent en dehors. D'autres fois, les parties, après avoir suppuré, se recouvrent d'un trajet de cicatrice qui les rend insensibles à la présence du corps étranger, et tarit toute évacuation nouvelle. Cette terminaison de l'irritation produite par le séton est très-rare.

Le séton est quelquefois employé pour exciter, dans les parties qu'il traverse, une inflammation dont on attend la guérison d'autres maladies. C'est ainsi qu'on le place entre les bouts des os dont la consolidation ne s'est pas opérée à l'époque ordinaire. Il produit, dans la tunique vaginale affectée d'hydrocèle, une irritation vive, qui se propage à toute la membrane, et entraîne souvent la cure radicale de l'épanchement séreux. Dans les abcès lymphatiques, il produit des effets semblables. On l'emploie quelquefois chez les sujets atteints de plaie sinueuse et prolongée, afin d'entraîner au dehors la suppuration et les corps étrangers que la division peut retenir; mais il faut avoir soin alors de ne pas prolonger sans nécessité son séjour dans les parties. Appliqué comme révulsif, le séton doit en général être placé de manière à ce que la suppuration qu'il fournit tende à s'écouler d'elle-même par une de ses ouvertures. Le pont, sous lequel il passe, a besoin d'être large et épais, afin de prévenir la dénudation et la gangrène.

Le séton a été recommandé et souvent employé : à la nuque, dans les maladies de l'encéphale, des yeux, des oreilles et du nez; au thorax, dans la pneumonie, la pleurésie et la péricardite chroniques, la phthisie, l'hydro-thorax et l'hydropéricarde; à l'hypocondre droit, dans l'hépatite chronique; au genou, à l'articulation coxo-fémorale, dans l'arthrite chronique, la tumeur blanche et l'hydrarthrose. On l'a placé

une fois avec succès aux grandes lèvres, dans une affection chronique de l'utérus; on l'établit au scrotum, dans l'hydrocèle et le sarcocèle. C'est le plus puissant des révulsifs suppuratifs; sous ce rapport, il est très-supérieur au cautère, et, à plus forte raison, au vésicatoire. On ne l'emploie pas assez souvent, et l'on borne trop les lieux où l'on en fait l'application. Il n'est pas de parties où l'on ne puisse le pratiquer. Dans les endroits où l'on ne peut pincer la peau, il suffit de faire avec le bistouri deux incisions de cinq à six lignes d'étendue, à un, deux ou trois pouces de distance l'une de l'autre, et de les faire communiquer à l'aide d'une aiguille à séton triangulaire, légèrement courbée, qui sert à poser la bandelette. Ce moyen nous paraît devoir être très-efficace dans les rhumatismes chroniques.

SEVRAGE, s. m.; action d'enlever à un enfant le lait de sa nourrice pour le soumettre à une alimentation plus substantielle.

Il est absolument impossible d'établir aucune règle générale sous le rapport de l'âge auquel on doit sevrer les enfans, car tous ne sauraient l'être à la même époque. L'état de la mère ou de la nourrice, celui de son lait en particulier, la constitution de l'enfant, et la précocité plus ou moins grande du travail de la dentition, apportent un grand nombre de variétés à cet égard. Sous le rapport de la nourrice, il est utile de lui ôter l'enfant, quand elle jouit d'une mauvaise santé, et que son lait exerce une action irritante sur le nourrisson; mieux vaut alors sevrer celui-ci, à moins qu'on ne lui trouve une autre nourrice. Relativement à l'enfant, il vaut mieux, en général, attendre que l'éruption des premières dents ait eu lieu, puisque c'est là le signal que la nature elle-même donne pour commencer l'usage d'une nourriture plus solide; mais, comme la première dentition est quelquefois très-tardive, on peut quelquefois, lorsque tout annonce qu'elle le sera, sevrer l'enfant par degrés, dès que l'on jugera qu'il peut commencer à se passer du lait de sa mère, quoiqu'il n'ait point encore de dents. Mais il faudra bien se garder de lui retirer le sein pendant le travail de la dentition, qu'accompagne un état constant d'irritation, quelquefois très-vive, dans tout le canal digestif, qu'un changement dans la manière d'être nourri ne manquerait pas d'exaspérer. Cela est si vrai, qu'alors les enfans eux-mêmes refusent toute autre espèce d'aliment que le lait. Cependant, il est rare que les circonstances obligent à prolonger la lactation au bout d'un an ; mais il est faux que si, à cette époque, on nourrissait l'enfant presque exclusivement au teton, il en résulterait un état de débilité qui le disposerait aux scrofules. Ces dernières ne proviennent

pas de la débilité, mais bien de l'irritation des membranes muqueuses et des glandes lymphatiques qui y aboutissent immédiatement, et le lait seul ne saurait produire cet effet.

Le sevrage ne doit pas, autant que possible, avoir lieu d'une manière brusque. Il faut accoutumer peu à peu l'estomac de l'enfant à la nouvelle nourriture qui va être mise en rapport avec lui. Telle est du moins la marche que nous prescrit la nature. Ainsi, on éloigne de plus en plus les époques auxquelles on présente le sein à l'enfant, auquel on donne en même temps du lait coupé avec de l'eau d'orge ou de gruau, de la panade, des soupes préparées avec les fécules; il convient d'édulcorer toutes ces substances, le sucre étant une de celles vers lesquelles un instinct naturel dirige plus particulièrement l'appétit des enfans. Il importe d'user avec la plus grande modération des alimens tirés du règne animal, et surtout des boissons vineuses. La plupart des maladies de l'enfance dérivent de la funeste habitude qu'on a de leur prodiguer des alimens trop irritans, ou qui exercent trop l'activité de leurs organes digestifs. Une autre règle non moins essentielle, est celle de leur donner des alimens toutes les fois que le besoin réel de la faim se fait sentir chez eux, ce qui arrive très-fréquemment. Rien n'est plus absurde que de vouloir assujettir les jeunes enfans au régime régulier et méthodique des adultes, qu'une longue habitude peut seule empêcher de porter préjudice à la santé. L'enfant a besoin de manger très-souvent; il faut lui donner des alimens chaque fois qu'il le demande, mais en petite quantité, et sans s'astreindre jamais à aucune régularité, à aucune règle fixe, ni sous le rapport de cette quantité, ni sous celle de l'heure des repas.

SEXE, s. m., *sexus;* différence qui existe entre les mâles et les femelles chez un très-grand nombre de corps organisés. Cette différence, chez beaucoup d'animaux, en particulier chez l'homme, s'exprime non-seulement dans l'appareil des organes destinés à la reproduction de l'espèce, mais même dans tout l'ensemble de l'organisation. Dire ensuite, comme on l'a fait, que les parties sexuelles sont le centre des êtres organisés, que ceux-ci ne sont nés que pour engendrer, qu'ils doivent périr lorsque la faculté génératrice s'éteint en eux, et qu'ils existent plutôt pour l'espèce que pour eux-mêmes, c'est établir une série d'absurdités que l'observation, le raisonnement, et jusqu'au simple bon sens, réfutent sans peine.

SEXTANE, adj.; se dit des maladies dont les accès reviennent chaque sixième jour.

SIALALOGUE, s. et adj., *sialagogus* : se dit de toutes les substances qui, mises en contact avec la membrane buccale, excitent un écoulement abondant de salive. Toute substance

acide, âcre, saline, amère, piquante, jouit de cette propriété prétendue spécifique, surtout si on ordonne de la mâcher. On indiquait autrefois les racines d'impératoire, d'angélique, d'iris de Florence, les feuilles de tabac, de sarriette, les semences de moutarde, de staphysaigre, de roquette, le poivre, la canelle, le gingembre, la pyrèthre, la pipe fumée avec le tabac, la sauge, la bétoine, le bouillon blanc. Le mercure est le plus puissant des sialagogues; il est étonnant qu'on n'ait pas en conséquence rangé la syphilis parmi les altérations de la salive.

SIDÉRATION, s. f., *sideratio*. Les anciens ayant attribué à l'influence des astres ou de la colère divine certaines maladies qui arrivent subitement, et jettent l'épouvante dans l'âme des spectateurs, donnèrent ce nom à l'apoplexie, à la paralysie subite. On en a étendu l'usage à la gangrène, à la mortification, au sphacèle, puis on a cessé, avec raison, de s'en servir.

SIBBENS, s. m. Les écossais nomment ainsi, ou siwin, une maladie autrefois assez commune dans leurs montagnes, surtout dans les provinces d'Aishire et de Galloway.

Au début de cette maladie, le sujet se plaint, souvent pendant plusieurs semaines, d'une grande difficulté d'uriner et d'un enrouement continuel, sans que les parties, avec quelqu'attention qu'on les examine, présentent autre chose qu'une légère irritation accompagnée d'une rougeur érysipélateuse des amygdales, de la luette et du voile du palais. Il finit par se former, sur ces parties, des ulcères qui s'étendent avec rapidité, et détruisent quelquefois entièrement la luette et les tonsilles en peu de jours, d'où il résulte, pour le reste de la vie, un enrouement et la perte de la voix. Les ulcérations envahissent surtout les parties internes du nez, et provoquent la nécrose des cornets, qui tombent par petites parcelles entraînées avec une sanie purulente d'une fétidité extrême. Par leurs progrès continuels, elles gagnent les os propres du nez, et enfin la plus grande partie de la face. La maladie éclate aussi aux organes de la génération, aux alentours de l'anus, aux parties antérieures des cuisses et des jambes, au bas de l'abdomen, à la poitrine, aux bras, aux doigts des pieds et des mains, enfin au cuir chevelu, où elle fait naître un nombre infini de petites pustules qui causent de grandes démangeaisons. D'autres fois, cette éruption paraît sous la forme d'une dartre rougeâtre, qui, dès qu'elle quitte une partie, se jette sur une autre. Chez certains malades, il s'élève, sur la face, les bras et la poitrine, de petits tubercules durs, de couleur rouge ou cuivrée, et accompagnés d'une chaleur douloureuse. Ces tumeurs s'élargissent peu à peu, et rendent une

matière visqueuse et fétide, qui se transforme en croûtes, après la chute desquelles les parties qu'elles recouvraient paraissent rouges, sensibles, et sont dans certains cas ulcérées. Quelques malades ont, au lieu de cette éruption, des petites pustules inflammatoires qui ne suppurent pas facilement, mais restent fort long-temps dures et d'une couleur de cuivre, et rendent enfin une sérosité ténue et sanguinolente.

Mais ce qui distingue surtout le sibbens, ce sont des excroissances molles, spongieuses, de la grosseur et de la couleur d'une framboise ordinaire, qui se forment, en général, sur toutes les parties ulcérées ou attaquées d'une éruption quelconque. Ces tumeurs s'élèvent beaucoup dans certains cas, et aucun escarrotique ordinaire ne peut les réprimer, car, à peine sont-elles détruites, qu'elles renaissent et deviennent plus larges qu'auparavant. On les rencontre sur toutes les parties du corps, mais principalement sur celles qui sont devenues sensibles par quelque éruption précédente, ou par la séparation et la chute partielle de l'épiderme.

Les ulcères ne produisent pas communément des bubons, quoiqu'on en voie quelquefois, et les os sont rarement attaqués. La maladie ne se déclare jamais à la suite du coït, et s'il survient des ulcérations aux parties génitales, ce qui se voit parfois, ces parties ne sont pas affectées avec plus de prédilection que les autres. On les contracte, en général, en mangeant ou buvant dans les mêmes vases, et elles règnent presque uniquement parmi le bas peuple.

Quoique le sibbens ait été décrit d'une manière très-peu méthodique, on ne peut méconnaître, dans le tableau imparfait qui en a été tracé, une inflammation chronique de la membrane muqueuse des voies alimentaires, qui se complique de phlegmasies, d'ulcérations, de végétations, tant à la peau que dans les tissus fibreux et osseux, et dans le cours de laquelle l'exhalation liquide ou vaporeuse fournie par la surface de la membrane muqueuse, jouit de la propriété de faire naître une affection analogue chez les personnes saines qui sont soumises à son contact, et qui s'y trouvent d'ailleurs prédisposées par l'influence de diverses circonstances occasionelles, au premier rang parmi lesquelles il faut placer la malpropreté, l'influence d'un mauvais régime, et celle d'un air froid et humide. On assure que cette maladie est susceptible de se transmettre des parens au fœtus renfermé dans la matrice, et qu'elle est fréquemment une cause d'avortement. On en a dit autant de beaucoup d'autres affections, et cela sans aucun fondement, ou du moins sur celui-ci seulement, que les parens qui en sont atteints mettent parfois au monde des enfans qui ont été en proie à des maladies aiguës durant le cours de leur

existence fœtale. Une pareille connexion, déjà bien équivoque lorsqu'elle ne reposait que sur des faits douteux et des idées théoriques, est devenue bien moins admissible encore depuis que des observations authentiques ont démontré que le fœtus n'était pas plus garanti que l'adulte des maladies, et que celles-ci n'avaient pas besoin, pour se développer en lui, de lui être communiquées par sa mère.

Quant au rapport qu'on a voulu trouver entre le sibbens et la maladie vénérienne, c'est une autre question dont l'examen sera fait à l'article SYPHILIS. Nous dirons seulement ici qu'il est de pure convention, ou, pour parler avec plus de précision, qu'il n'y a pas la moindre liaison, ni de cause ni d'effet, entre le mal d'Ecosse et les maladies vénériennes proprement dites, quoiqu'il y en ait, au contraire, une bien évidente entre lui et certaines affections comprises sous le nom collectif de syphilis, qu'on prétend gratuitement provenir de cette dernière, et qui ne sont toutes, comme le sibbens, que des phlegmasies chroniques des organes digestifs, accompagnées de lésions analogues à la peau. C'est cependant d'après ces vues spéculatives qu'on a représenté le mercure comme le seul remède sur lequel on puisse compter dans le sibbens, bién qu'on avoue que la salsepareille, le gayac et le mézéreon, se sont aussi montrés utiles dans certains cas, et qu'on soit même parvenu à le guérir, sans aucun médicament, par la seule attention de veiller d'une manière rigoureuse sur la propreté. De même que dans la syphilis proprement dite, le mercure, loin d'être toujours utile, a souvent exaspéré les accidens, entre autres, les ulcères de la gorge et des autres parties du corps, ce qui n'empêche pas qu'on prescrive, contre toute sagesse, d'insister sur son emploi. Il est bien évident que le traitement antiphlogistique et adoucissant serait plus efficace et mieux indiqué en pareil cas; mais seul il ne suffirait pas; l'amélioration du régime, la propreté, et l'observatiou de tous les préceptes indiqués par l'hygiène, en sont les auxiliaires indispensables. Ces moyens sont même les seuls sur lesquels on doive compter, tant dans ce cas que dans tous ceux du même genre, et c'est à leur emploi bien ménagé qu'on doit attribuer la disparition du sibbens, aujourd'hui presque inconnu en Ecosse.

SIFFLANT, adj., *sibilans;* épithète qu'on donne à la respiration lorsqu'elle fait entendre le bruit particulier qu'on appelle sifflement, et qui tient au passage de l'air à travers une ouverture étroite. On se sert aussi, et même plus souvent, du mot *sibilant.*

SIFFLEMENT, s. m., *sibilus;* son clair et aigu que l'air produit lorsqu'on le pousse avec force, et qu'il ne peut s'é-

chapper qu'à travers une petite ouverture de la bouche, rétrécie par la contraction circulaire des lèvres; bruit que fait entendre la respiration toutes les fois que le diamètre des voies aériennes se trouve rétréci par le gonflement de leur membrane muqueuse.

SIGILLÉ, adj., *sigillatus*. On appelle *terre sigillée*, ou *terre de Lemnos*, un composé naturel de silice, d'alumine, de magnésie, de chaux et d'oxide de fer, qui paraît provenir de la décomposition des laves, et qu'on envoie dans le commerce sous la forme de petits pains semi-orbiculaires, à la surface desquels ont été apposés des cachets portant des caractères arabes. Cette argile ferrugineuse, regardée autrefois comme un puissant absorbant, entrait dans un grand nombre de préparations très-composées. On ne s'en sert plus aujourd'hui.

SIGMOIDE, adj., *sigmoïdes*; épithète donnée par les anatomistes à plusieurs parties du corps.

Les *cavités sigmoïdes* du cubitus sont au nombre de deux, qu'on distingue en *grande* et en *petite*. La première, formée par la face antérieure de l'olécrâne, et la face supérieure de l'apophyse coronoïde, roule sur la poulie de l'humérus; l'autre, placée en dehors, s'articule avec l'extrémité supérieure du radius.

L'aorte et l'artère pulmonaire sont garnies chacune, à leur naissance, de trois *valvules sigmoïdes*, qui adhèrent au vaisseau par tout leur bord inférieur, et présentent, en haut, un bord libre, horizontal et droit, garni d'un petit tubercule fibro-cartilagineux dans son milieu. Ces valvules, qui sont minces et transparentes, empêchent le sang de refluer dans les ventricules lorsque les deux artères entrent en contraction.

SIGNATURE, s. f., *signatio*, *signatura*. Les partisans de la philosophie hermétique ont donné ce nom à certains caractères empreints sur les corps de la nature, qu'ils regardaient comme les marques distinctives du rapport établi entre eux et tel ou tel astre, comme l'indice des irradiations stellaires dont chacun d'eux est imprégné, et qu'ils avouaient cependant ne pas agir par une vertu inhérente ou propre, mais par l'intermède de l'imagination. Cette doctrine absurde ne mérite pas une réfutation sérieuse, quoiqu'elle ait fourni pendant long-temps les indices d'après lesquels on allait à la recherche des propriétés médicinales des végétaux.

SIGNE, s. m., *signum*. On appelle ainsi toute circonstance, actuelle ou passée, d'où l'on peut tirer quelque renseignement sur l'origine, l'établissement, la réalité, la nature, le siége, l'issue probable et le traitement nécessaire d'une maladie.

On appelle :

Signes anamnestiques ou *commémoratifs*, ceux qui sont

tirés de l'état du sujet avant sa maladie, et des circonstances au milieu desquelles il était alors placé.

Signes diagnostiques, ceux qui accompagnent la maladie, et en dévoilent le siége et la nature.

Signes pronostiques, ceux qui indiquent approximativement la durée, l'issue, et la suite de la maladie.

Le signe diffère du symptôme en ce que le signe est un phénomène antécédent ou morbide, considéré dans sa signification diagnostique et pronostique, tandis que le symptôme est un phénomène morbide considéré en lui-même. Le signe n'est souvent qu'une circonstance de l'état de santé de la constitution du sujet, ou même des conditions au milieu desquelles il est placé; le symptôme est toujours un phénomène de l'état de maladie. La *séméiotique* est la science des signes. On a trop négligé les signes commémoratifs; ce sont ceux qui ont éclairé les modernes sur la valeur mal appréciée de plusieurs signes diagnostiques. Les signes tirés de l'état antérieur du sujet deviennent *diagnostiques* dès qu'on s'en occupe dans l'intention de s'en servir pour reconnaître la nature et le siége du mal; ils deviennent *pronostiques* quand on les fait servir à la prévision de ce qui arrivera.

Les signes avant-coureurs des maladies sont les phénomènes morbides fugaces qui les précèdent quelquefois de fort loin; on les nomme *prodrômes*, ou *préludes*.

SILICE, s. f.; substance très-répandue dans la nature, sans toutefois y être jamais pure et isolée, et qui forme la base des pierres dures désignées sous les nom de quartz, silex, sable, cailloux, etc. A l'état de pureté, elle est blanche, insipide, inodore, rude au toucher, inaltérable à l'eau, insoluble dans l'eau, ou du moins soluble en très-petite quantité, et fusible au chalumeau de Brooks, en un verre d'un jaune orangé, qui se volatilise en partie. Elle est regardée, par les uns, comme de l'oxide de silicium, et, par les autres, comme de l'acide silicique; il paraît en effet qu'elle joue également le rôle de base salifiable et celui d'acide. Elle ne sert que dans les arts, et la médecine n'en tire aucun parti.

SILICIUM; s. m.; métal qui produit la silice, par sa combinaison avec l'oxigène. Davy et Clarke disent l'avoir obtenu réduit, et que, sous cet état, il jouit d'un grand éclat métallique, et a une teinte plus blanche que celle de l'argent.

SIMAROUBA, s. m., *quassia simarouba;* grand arbre de Cayenne, dont on emploie, en médecine, l'écorce des racines, qui est jaunâtre en dehors et blanchâtre en dedans. On trouve cette écorce, dans le commerce, sous la forme de bandes longues d'un pied et plus, larges d'un pouce ou deux, roulées ou plates, rugueuses à l'extérieur, et filandreuses à l'intérieur.

Elle n'a pas d'odeur manifeste, mais sa saveur est amère, sans aucun mélange d'âcreté ou de stypticité. Nous n'en possédons pas d'analyse complète. On l'a prônée avec emphase dans la dysenterie, la diarrhée, les fièvres dites putrides, les hémorragies, les névroses, les hydropisies, la chlorose, les scrofules, les maladies vermineuses. Elle a même passé, pendant quelque temps, pour une sorte de panacée. Son action sur l'économie est manifestement tonique, comme celle des AMERS, à la classe desquels elle appartient, et dont elle partage les indications, tout aussi bien que les contre-indications.

SIMPLE, adj., *simplex* : se dit des maladies que l'on croit n'être composées que d'une seule espèce de trouble dans l'action organique. Il est aussi difficile de dire en médecine ce que c'est qu'une maladie simple, que de fixer, en histoire naturelle, la valeur du mot espèce. Nous avons défini la *maladie simple*, celle dans laquelle les organes affectés sont tous lésés de la même manière, ou dans laquelle un seul organe est lésé. Il semble absurde qu'un organe unique puisse être affecté de deux manières à la fois; c'est pourtant ce qu'on a cru pendant plusieurs siècles.

SINAPISME, s. m., *sinapismus;* pâte de graines de moutarde qu'on applique sur la peau pour y produire un effet rubéfiant.

On prépare les sinapismes avec de la farine récente de moutarde et du vinaigre, ou même de l'eau, en quantité suffisante pour faire une bouillie assez épaisse. On les applique à nu sur la peau, principalement aux extrémités inférieures, à la plante des pieds ou au coude-pied, et on les laisse en place pendant environ quatre heures. Cependant la durée de leur application varie en raison de la vivacité avec laquelle ils agissent, et en général il convient de les enlever aussitôt que la rougeur du tissu cutané est très-prononcée, et la douleur bien marquée. S'ils restaient plus long-temps, ils produiraient la vésication, et pourraient même provoquer une légère gangrène superficielle, chez les malades atteints de fièvres graves.

L'effet local des sinapismes se fait sentir plus tôt ou plus tard, selon l'âge, la sensibilité du sujet, et l'état de maladie où il se trouve. Chez les enfans et les femmes très-irritables, la peau est rouge, chaude et douloureuse dès la première demi-heure de leur application; chez les vieillards, chez les apoplectiques, dans le cancer, il faut parfois plusieurs heures pour que la phlegmasie s'établisse et que la douleur se fasse sentir; souvent celle-ci n'a pas lieu, même après trois ou quatre heures, quoique la rougeur et la chaleur existent déjà, à un faible degré. Quand, au contraire, le sujet a sa connaissance, et, lorsqu'il est très-sensible, la douleur est ressentie

avant que la rougeur paraisse. Il faut avoir égard à cette circonstance, car, si on persistait, malgré la vive douleur éprouvée par le sujet, à laisser le sinapisme en place jusqu'à ce que la rubéfaction eût lieu, on causerait des douleurs atroces, et une phlegmasie qui, pour être tardive, n'en serait pas moins très-profonde. Nous avons vu, dans des cas de ce genre, d'énormes phlegmasies s'établir dans le tissu cellulaire sous-cutané, et quelquefois entraîner la perte du sujet. La même chose peut arriver chez les sujets plongés dans le coma; ils ne donnent, pendant long-temps, aucun signe de sensibilité; puis, après leur retour à la conscience d'eux-mêmes, on voit se former d'immenses collections de pus. Il résulte de là que les sinapismes, moyens toujours très-douloureux, et qui souvent occasionent de vastes phlegmons, ne doivent être employés que pour combattre révulsivement des inflammations peu profondes; que, dans les cas graves, il faut ne les laisser que peu de temps en place; qu'il faut y renoncer ou ne les laisser que très-peu de temps quand on a lieu de craindre une phlegmasie de l'encéphale, la douleur ajoutant alors à l'irritation de ce viscère. A la vérité, dans les cas désespérés, on met en usage les moyens les plus actifs.

La pommade ammoniacale doit être préférée, dans beaucoup de cas, aux sinapismes; malheureusement son action ne peut être que difficilement calculée; mais du moins la douleur est peu durable.

SINCIPUT, s. m.; mot latin conservé en français, qui sert à désigner la partie supérieure ou le sommet de la tête.

SINDON, s. m.; morceau de linge d'une forme circulaire, et d'un demi-pouce de diamètre environ, qu'on place entre la dure-mère et le crâne, à la suite de l'opération du trépan, après l'avoir traversé, dans son milieu, par un double fil, dont on laisse pendre les bouts au dehors.

SINGULTUEUX, adj., *singultuosus :* se dit des maladies dans lesquelles le HOQUET est le symptôme le plus apparent ou le plus constant. Hippocrate a parlé d'une *fièvre singultueuse;* combien n'y aurait-il pas de fièvres si on en faisait autant d'espèces qu'il peut y avoir de symptômes saillans dans les maladies aiguës?

SINUS, s. m., *sinus;* excavation plus évasée dans son intérieur qu'à son entrée. Ce mot est également employé par les anatomistes et par les chirurgiens.

Les anatomistes appellent ainsi des cavités creusées dans des parties molles ou dans des os : *sinus de la* DURE-MÈRE, *de la veine* PORTE, *de la* MATRICE, *sinus* FRONTAUX, ETHMOÏDAUX, MAXILLAIRES et SPHÉNOÏDAUX.

Dans le langage chirurgical, un *sinus* est un enfoncement

qui survient au fond d'une plaie ou d'un ulcère, et dans lequel le pus s'accumule.

SIROP, s. m., *syrupus;* préparation officinale liquide, mais de consistance visqueuse, qui a pour but de conserver, à l'aide du sucre, un fluide chargé, soit naturellement, soit par diverses manipulations préalables, de principes fixes ou volatils qui y sont tenus en dissolution.

On divise les sirops : tantôt, d'après le nombre de substances qu'ils contiennent, en simples ou composés; tantôt, d'après les propriétés médicinales qu'ils possèdent ou qu'on leur attribue, en purgatifs et non purgatifs ou altéraus. On les partage aussi, selon la manière de les préparer, en sirops par solution, sirops par coction, et sirops par solution et coction à la fois.

Les sirops ont joui pendant long-temps d'un grand crédit en médecine; mais on s'en sert beaucoup moins aujourd'hui qu'autrefois. On peut les remplacer, dans tous les cas, par l'infusion ou la décoction édulcorée de la substance qui en fait la base, et cette méthode est préférable depuis que la préparation de la plupart des sirops ayant passé, des mains du pharmacien dans celles d'une foule d'artisans, on ne peut jamais être certain qu'ils ont été bien confectionnés.

SISON, s. m., *sison :* genre de plantes de la pentandrie digynie, L., et de la famille des ombellifères, J., qui a pour caractères : collerette universelle composée de trois folioles inégales; collerette partielle semblable; calice entier; fruit ovoïde et strié.

Pendant long-temps, on a employé en médecine les graines du *sison ammi*, *sison ammi*, qui croît dans le Levant. Ces graines sont menues, striées, et d'un gris brunâtre. Elles ont une odeur très-pénétrante, et une saveur amarescente. On les regardait comme carminatives. Elles ne servent plus aujourd'hui. Il en est de même du *faux amome*, *sison amomum*, dont les graines figurent, dans les anciens formulaires, au nombre des quatre semences chaudes mineures.

SODIUM, s. m., métal blanc, d'une couleur intermédiaire entre celle du plomb et celle de l'argent, solide et malléable à la température ordinaire, ayant la mollesse de la cire, qu'il conserve jusqu'à zéro C., excellent conducteur de l'électricité, plus léger que l'eau, dans la proportion de 1 à 0,972,23, et volatilisable au feu, qu'on rencontre en grande abondance dans la nature, mais qui n'y est jamais pur, et qui ne s'y trouve qu'uni à une certaine quantité d'oxigène, constituant alors l'alcali qu'on appelle SOUDE. Son avidité pour l'oxigène est telle, qu'il l'absorbe rapidement lorsqu'on le laisse exposé à l'air, ou qu'on le met en contact avec l'eau. En brûlant, il

répand un grand éclat. Inusité en médecine, il ne sert qu'aux chimistes pour opérer la décomposition de l'acide borique, et mettre ainsi le bore à nu.

SOIF, s. f., *sitis;* sentiment indéfinissable comme toutes les autres sensations, surtout internes, qui consiste dans le simple désir ou dans le besoin des boissons.

La soif ne peut durer quelque temps sans devenir le plus difficile à supporter de tous les sentimens pénibles. A quelque degré même qu'elle existe, elle occasione constamment un certain malaise, et, sous ce rapport, elle diffère beaucoup de la faim, dont la première nuance se rallie aux sentimens agréables, et qu'on peut détruire par mille moyens, sans recourir aux alimens pour l'apaiser. La soif ne procure jamais de plaisir qu'à l'instant où elle est satisfaite.

On a distingué trois espèces de soif, la soif proprement dite, celle d'alimentation, et la soif morbide. La première, qui revient d'une manière périodique, et qui se montre tantôt plus, tantôt moins pressante, a été considérée comme un phénomène purement sensitif, et appelée locale parce qu'on l'apaise facilement, et qu'il n'est pas même nécessaire de boire pour cela, puisqu'on peut la tromper au moyen de liquides ou de corps rafraîchissans mis en contact avec la bouche ou le pharynx. La seconde se rattache à l'introduction des alimens dans l'estomac, à leurs qualités plus ou moins stimulantes, à leur quantité, à leur degré d'humectation; elle survient pendant le repas, ou plus ordinairement quelque temps après, et l'on ne peut l'étancher qu'en avalant des boissons plus ou moins abondantes. La troisième, enfin, précède et accompagne l'état de malaise général de tout l'organisme qui provient de l'abstinence absolue des boissons. Cette distinction est manifestement inutile. Dans tous les cas, les phénomènes et les effets de la soif sont les mêmes, à l'intensité près, et leur cause directe ne peut manquer non plus d'être identique.

Chez un homme jouissant d'une bonne santé, la soif éclate d'elle-même à des intervalles variables, qui dépendent, tantôt de la nature et de la quantité des alimens, tantôt du degré d'échauffement de l'atmosphère, et du plus ou moins d'intensité de la transpiration cutanée. Ce sentiment, toujours désagréable, ne tarde point, si on ne le satisfait pas bientôt, à se convertir en un désir pressant, qui devient lui-même, en peu de temps, un sentiment pénible, impérieux et insupportable; la bouche se dessèche, ainsi que la gorge, qui rougit et devient le siége d'un gonflement plus ou moins sensible. La sécrétion de la salive et celle du mucus oral est diminuée ou même

suspendue. Si la soif se prolonge, les lèvres, de plus en plus sèches, prennent une teinte rouge; le teint s'anime, les mouvemens relatifs à la phonation s'exécutent avec difficulté, la respiration s'accélère, et l'espèce de tourment que ce besoin fatigant constitue se manifeste par une inquiétude plus ou moins vive, et par une mobilité marquée dans les membres.

La soif varie selon l'âge. Elle se renouvelle à chaque instant chez l'enfant, mais s'apaise avec la plus grande facilité; peut-être même est-elle, dans les premiers temps de la vie, le seul sentiment qui annonce le besoin de l'alimentation. On peut le présumer, mais sans espérer néanmoins de savoir jamais rien de positif à cet égard. Encore sujette à se renouveler fréquemment chez les jeunes gens, elle diminue peu à peu dans l'âge adulte, à tel point qu'elle se fait rarement sentir et qu'elle n'a jamais une bien grande intensité chez les vieillards. Le sexe influe également sur sa manifestation. Elle est plus vive et plus fréquente chez la femme que chez l'homme. L'allaitement la développe, et l'on observe, chez la plupart des femmes, une exaltation régulière très-marquée de la soif, aux approches et pendant toute la durée de chaque évacuation menstruelle. Il existe encore une foule d'autres modifications, qui tiennent à des circonstances individuelles, difficiles ou même absolument impossibles à déterminer. Ainsi, l'on voit des individus qui sont tourmentés sans cesse par une soif très-vive, et qui boivent, pour ainsi dire, à chaque instant, tandis que d'autres n'ont jamais soif, et ne boivent presque jamais. Le genre de vie influe assurément beaucoup sur cette différence, au premier abord si singulière : une soif vive habituelle ne s'observe jamais chez un homme bien constitué et jouissant d'une bonne santé, qui vivra principalement de végétaux, d'alimens aqueux et peu stimulans, et qui s'abstiendra tout à fait des liqueurs fermentées, ou n'en usera qu'avec la plus grande modération.

Il a déjà été dit que la chaleur de l'air augmentait l'énergie de la soif, et en accélérait les retours périodiques. Le même effet dépend de la sécheresse de l'atmosphère. Tous les mouvemens, toutes les actions, amènent un résultat analogue, et l'homme adonné au repos boit beaucoup moins que celui qui mène une vie très active. La soif accompagne en outre la plupart des affections violentes de l'âme, qui la provoquent ou l'entretiennent. L'habitude la modifie singulièrement, et peut la rendre rare ou presque continuelle, suivant que l'on s'accoutume à boire beaucoup, ou à boire peu et rarement. Il faut toutefois bien distinguer l'action de boire ayant pour but de satisfaire un besoin réel, même excité par des habitudes vicieuses, de

celle qui ne tient qu'au simple désir de renouveler le plaisir de la secousse consécutive que l'usage de certains liquides produit sur le système nerveux cérébral.

Quel intérêt peuvent avoir les innombrables spéculations qu'on a établies sur le siége, la cause et le mécanisme de la soif? Les uns en ont placé le siége à l'arrière-bouche ou à l'origine du pharynx, et les autres ont prétendu qu'il réside principalement dans l'estomac. Plusieurs, enfin, ont dit que, si le sentiment de la soif appartient particulièrement au pharynx, il est toutefois vraisemblable que l'estomac n'y demeure point étranger, surtout à la suite de l'alimentation. Quant à la cause, on a attribué la soif à une détermination spontanée de l'âme, qui applique la notion du besoin des liquides aux substances capables d'y satisfaire; à la sécheresse des papilles nerveuses du pharynx, produite par la suppression des sécrétions salivaire et folliculaire; à la diminution de l'élément aqueux ou de la sérosité du sang; à l'action du système lymphatique exerçant sur la substance de l'estomac son activité absorbante que rien n'alimente, etc. Toutes ces considérations, et autres semblables, sur lesquelles tant d'écrivains ont exercé à l'envi leur imagination, n'offrent aucun intérêt, parce qu'elles ne laissent aucune idée dans l'esprit. Elles ne doivent plus trouver place que dans l'histoire des conjectures physiologiques, qui n'intéresse elle-même que comme monument de la folie ou de la suffisance des hommes. Nous ne pouvons pas plus expliquer la soif que tous les autres sentimens qui se lient d'une manière essentielle à notre organisation, et qu'on appelle, pour cette raison, instinctifs.

Dans l'état de maladie, la soif peut être *augmentée*, c'est la POLYDIPSIE; *diminuée*, *suspendue* ou *abolie*, c'est la *dipsie*. On ne sait pas plus quelle en est la cause dans cet état que dans l'état de santé; peut-être, dans l'un et dans l'autre, provient-elle d'un besoin des vaisseaux sanguins et notamment des veines.

La soif augmentée est un des phénomènes les plus fréquens de l'état de fièvre. Elle a lieu, dans la plupart des inflammations de l'estomac et de l'intestin grêle; c'est même le signe pathognomonique de l'inflammation de ce dernier, et notamment du duodénum, selon Broussais. La soif a lieu chez les hydropiques et les phthisiques; mais elle n'annonce pas nécessairement alors la fièvre, ou du moins l'accélération du pouls; elle la précède même assez souvent. Dans le diabètès et après la purgation, surtout par les substances salines, la la soif est excessive. Il y a, dans tous les cas où la soif augmente, des degrés infinis entre le degré d'accroissement le plus léger et le plus intense; portée au plus haut point, c'est une

torture insupportable. Plus la soif est considérable, plus elle est d'un mauvais augure, alors même qu'il n'existe aucun autre symptôme, et nous avons très-souvent annoncé l'invasion plus ou moins prochaine de maladies aiguës ou chroniques, par cela seul qu'une soif très-vive était ressentie par des sujets qui jouissaient d'ailleurs d'une bonne santé. La soif est très-souvent le seul signe d'une gastrite, d'une hépatite ou d'une entérite chronique, surtout quand elle se manifeste quelque temps après le repas. Elle doit toujours faire craindre la persévérance d'une de ces inflammations à un degré obscur, quand elle continue dans la convalescence. Dans l'hydrophobie, c'est-à-dire réunie à l'impossibilité de boire, malgré un désir excessif, elle caractérise un état presque constamment funeste, et qui n'est pas encore expliqué. Landré-Beauvais a observé cette réunion de deux tendances si opposées chez un hypocondriaque qui parvint enfin à vaincre sa répugnance pour les liquides. Toute soif excessive dénote une irritation vive, sinon une phlegmasie.

La soif est nulle chez beaucoup de malades; alors la langue est ordinairement pâle uniformément, et souvent couverte d'un enduit muqueux. Il ne faut pas croire que l'état viscéral qui donne lieu à la soif n'existe pas chez un malade plongé dans la stupeur ou le délire, car souvent alors le besoin n'est pas senti ou n'est pas exprimé, quoiqu'il soit très-violent. Quand la langue est sèche, la soif a lieu presque toujours; lorsque le malade, ayant encore sa connaissance, répond alors qu'il n'a pas soif, il y a lieu de craindre un commencement d'affection cérébrale.

Dans quelque maladie que ce soit, il ne faut jamais étancher la soif par une grande quantité de liquide prise à la fois: peu et souvent, telle est la règle dont il ne faut pas s'écarter. Toutes les fois que la soif est considérable, il est absurde de donner des tisanes amères, des apozèmes, comme on ne le fait que trop souvent. Il faut choisir les boissons mucilagineuses et acidules, édulcorées et fraîches, autant que le permet l'état du sujet.

On a proposé de laisser souffrir aux malades les tourmens de la soif dans l'hydropisie et le ramollissement de l'estomac; mais les tortures qui résultent de la non satisfaction de ce besoin, si impérieux dans l'état de santé, plus impérieux encore dans l'état de maladie, n'a jamais guéri aucun hydropique ni aucun ramollissement de l'estomac : rien de plus contraire aux notions de la physiologie et de la pathologie la plus vulgaire qu'une semblable prescription. La soif est le signal du besoin le plus urgent de l'organisme; c'est pour cela que ses dérangemens sont d'un si mauvais augure.

SOLAIRE, adj., *solaris*. Les anatomistes nomment *plexus solaire* un entrelacement de filets nerveux situé dans le bas-ventre, et qui est formé par les ganglions semi-lunaires du grand sympathique.

SOLDANELLE, s. f., *convolvulus soldanella* : plante assez commune sur les plages sablonneuses de l'Océan et de la Méditerranée, que l'on désigne aussi sous le nom vulgaire de *chou marin*. Ses racines, grêles et blanchâtres, et ses feuilles, sont les seules parties qu'on ait employées, encore même assez rarement, en médecine. Planche a trouvé, dans les premières, de la résine verte, de l'extrait gommeux, de l'amidon, du ligneux, et plusieurs sels neutres. Toutes les parties de cette plante sont douées de la vertu purgative, dont on a cependant exagéré de beaucoup l'intensité, surtout dans les feuilles. Les effets de la racine se rapprochent beaucoup de ceux du jalap, d'après les expériences de Loiseleur-Deslongchamps. Il faut seulement en donner une dose un peu plus forte, c'est-à-dire depuis cinquante grains jusqu'à un gros, de la poudre, et, depuis quinze jusqu'à vingt-quatre, de la résine, pour un adulte.

SOLÉAIRE, s. m. et adj., *solearis* : nom d'un muscle qui occupe la partie postérieure de la jambe, et qui concourt à former le mollet.

Ce muscle, large et épais dans son milieu, rétréci à ses extrémités, est situé sous les jumeaux et au devant d'eux. Son bord supérieur, charnu, dentelé, et oblique de haut en bas et de dehors en dedans, naît de la partie postérieure de la tête du péroné, du bord inférieur du muscle poplité et du bord postérieur du tibia. L'inférieur, et une partie de sa face antérieure, proviennent d'une étendue considérable de la face postérieure du tibia, en haut, et du bord interne de cet os, en bas. Enfin, son bord externe dérive de la moitié supérieure de la face postérieure et du bord externe du péroné. Ses faisceaux postérieurs et supérieurs marchent directement de haut en bas. Les antérieurs et inférieurs vont obliquement à la rencontre les uns des autres, en bas, et s'attachent à la face antérieure du tendon d'Achille, dont ils couvrent la face antérieure, jusqu'à quelques pouces au dessus de son insertion, en devenant peu à peu plus minces et plus étroits; d'où il résulte, par conséquent, que ce ventre occupe presque toute la longueur de la jambe, beaucoup au delà du milieu de laquelle il descend. Les tendons par lesquels les deux bords latéraux du muscle naissent du péroné et du tibia, s'élargissent peu à peu, descendent sur le bord antérieur, ainsi que sur la face postérieure, et ne s'arrêtent qu'à quelques pouces au dessus de l'extrémité inférieure du ventre charnu. De cette disposi-

tion, il résulte que ce dernier se trouve renfermé entre deux expansions aponévrotiques, dans la plus grande partie de son étendue.

Le muscle soléaire concourt, avec les jumeaux, à étendre le pied sur la jambe et la jambe sur le pied.

SOLIDISME, s. m. Une physique grossière, et trop d'attention accordée aux excrétions, avaient déjà fait jeter les fondemens de cette pathologie humorale qu'on voudrait nous imposer de nouveau, lorsque Thémison reconnut qu'on pouvait rapporter toutes les maladies à l'excès et au défaut de tension des parties du corps, parce qu'en effet, quand on ne considère que l'extérieur, on ne voit que constriction et relâchement dans les organes. C'était là sans doute une notion bien étroite et une généralisation bien hardie, et cependant elle s'est propagée jusqu'à nos jours, en subissant toutes les vicissitudes des théories de chaque siècle. Le rôle mieux connu des nerfs, et la découverte de la circulation du sang, ont fait attribuer aux solides du corps vivant une importance dont aucun des anciens ne s'était douté. Le calcul s'est introduit dans la physiologie et la pathologie. Les maladies ont été attribuées à des dérangemens dans l'action des solides, soit primitifs, soit consécutifs, aux altérations humorales. Baglivi et Hoffmann ont préparé la doctrine qui fait dépendre toutes les maladies des solides seulement. Brown a consommé la chute de l'humorisme par son dynamisme dichotomique, véritable principe de la bonne théorie médicale quand on le fond dans la doctrine de Bordeu et de Bichat.

Les argumens des solidistes se réduisent à ceci : ce sont les solides qui s'emparent des matériaux nutritifs, les élaborent, en forment les liquides, et portent ceux-ci aux organes qui se les assimilent; donc les liquides sont passifs et les solides sont seuls actifs, par conséquent seuls affectés, ou toujours primitivement affectés.

Les argumens des humoristes se réduisent à ceci : les humeurs servent à la nutrition des solides; elles en composent le fond, elles concourent à l'élaboration des matériaux nutritifs; les solides ne sont que des liquides solidifiés; donc les solides sont entièrement sous la dépendance et physiologique et pathologique des liquides.

On pourrait disputer ainsi pendant mille ans, sans parvenir à s'entendre sur un seul point.

Les altérations des solides sont-elles connues? Oui, du moins on en connaît un grand nombre, et plusieurs sont très-bien connues.

Les altérations des liquides sont-elles connues? Non. On ne peut se contenter de dire, comme autrefois, qu'ils sont ténus,

ou épais, ou âcres, car les solidistes répondraient : nous savions que les solides étaient tendus, ou relâchés, ou convulsés, et nous nous sommes gardés de nous en tenir là ; ce n'était point assez pour établir une science ; nous avons bien d'autres faits que ces notions populaires ou imaginaires ; vous aspirez à l'honneur de bâtir un édifice médical ; mais où est votre terrain ? Voulez-vous, comme on le faisait autrefois, lui donner pour fondement votre imagination et ses rêveries ?

A cela, les humoristes répondent que, puisque les solides sont lésés dans les maladies, les liquides doivent l'être ; que, si on ne connaît pas l'état pathologique des humeurs, on arrivera un jour à les connaître, et qu'on ne les connaîtra pas aussi long-temps qu'on ne s'occupera point de les chercher. Quand ensuite on leur fait remarquer que l'observation physique et chimique n'a rien appris, ils répondent qu'il faut avoir recours à d'autres moyens ; mais ces moyens, ils ne les indiquent pas.

Si l'humorisme ne comptait pas aujourd'hui des fauteurs parmi les hommes puissans, aucun élève des facultés françaises ne verrait son esprit fasciné par cette gothique théorie ; il est nécessaire que l'Europe sache que de jeunes médecins français écrivent en faveur de l'humorisme, dont ils rient sous cape, et cela pour se concilier les bonnes grâces de quelques hommes que la faveur console d'être les martyrs hypocrites de toutes les vieilles absurdités en médecine.

Pour tous les bons esprits, il n'y a plus d'humorisme, et il n'y a de solidisme qu'autant qu'on entend par là, non pas la doctrine qui fait dépendre toutes les maladies de la tension ou du relâchement de fibres imaginaires, ou de membranes qui n'ont d'autre mouvement que celui qui leur est communiqué, mais bien celle qui ne voit dans les maladies que des lésions de tissus et d'organes. On enregistre aujourd'hui les faits, si peu nombreux quand on ne compte que ceux qui sont authentiques et recueillis par des observateurs probes, les faits relatifs à l'état du sang dans les maladies, et l'on n'en tire encore aucune conséquence, de peur de rejeter la médecine dans le gouffre d'où elle a été tirée avec tant d'efforts et de travaux. L'organisme a remplacé le solidisme ; l'humorisme est devenu la marotte des médecins qui, avec les meilleures intentions, préfèrent, sans le vouloir, une vieille erreur à une jeune vérité, et de ceux qui spéculent sur les théories médicales.

SOLUBILITÉ, s. f. ; propriété d'être soluble, c'est-à-dire de se combiner avec un liquide, de manière à en prendre la forme et l'état d'agrégation. Ce mot s'emploie également, soit que le corps solide n'éprouve aucune altération de la part du liquide, qui se borne à écarter les molécules, soit que les deux

corps s'unissent ensemble d'une manière si intime, qu'il résulte de leur combinaison un composé nouveau, doué de propriétés différentes des leurs.

SOLUTION, s. f., *solutio* : opération par laquelle un corps solide, mis en contact avec un corps fluide, perd l'état d'agrégation de ses molécules, et partage la liquidité de ce dernier, sans qu'il s'effectue d'ailleurs le moindre changement réel dans la nature intime de l'un ou de l'autre des deux corps.

La solution diffère de la dissolution en ce que, dans cette dernière, il y a pénétration, ou, pour mieux dire, action réciproque des deux corps l'un sur l'autre, d'où résulte un composé nouveau.

Tous les liquides, beaucoup de vapeurs, et le calorique même, jouissent de la faculté dissolvante à l'égard de certains corps. La solution ou liquéfaction opérée par le calorique seul, porte plus généralement le nom de *fusion*.

Le mot *solution* est employé aussi par les pathologistes, qui sont loin de s'être accordés sur le sens qu'on doit y attacher. Il signifie, selon les uns, une terminaison quelconque des maladies, accompagnée de certains phénomènes critiques, qui débarrassent entièrement le malade. Il indique, suivant les autres, une sorte de crise insensible, dans laquelle la matière morbifique se dissipe peu à peu. Il est peu de termes sur lesquels on ait autant divagué que sur celui-là, et qui aient donné lieu à des discussions plus stériles.

SOMMEIL, s. m., *somnus*. Il est impossible de définir rigoureusement ce mot, parce qu'on s'en sert pour désigner une multitude d'états qui diffèrent les uns des autres par des nuances plus ou moins sensibles. Aussi a-t-on dit tour à tour que le sommeil est l'intermittence de la vie animale, la suspension périodique et momentanée des actions par lesquelles l'homme se met en rapport avec les objets extérieurs, la suspension naturelle du mouvement et du sentiment pendant que le service des organes de la vie nutritive se continue. Qu'importent au reste toutes ces définitions, puisque chacun sait, par son expérience personnelle, quel est l'état que nous appelons sommeil. On peut seulement dire d'une manière générale, et sans se piquer d'une grande exactitude, que c'est la suspension d'action qui s'établit forcément, d'intervalle à intervalle, dans les fonctions animales, qui nous prive momentanément de notre spontanéité, qui respecte bien en nous l'être vivant, dont les opérations continuent toujours, mais semble tuer momentanément l'animal, surtout l'être moral, et pendant la durée de laquelle nous réparons nos pertes et recouvrons notre aptitude à agir. La seule manière de le bien connaître,

c'est d'en indiquer toutes les nuances, toutes les variétés. On acquiert alors la conviction qu'il n'est pas, comme on l'a prétendu, une image de la mort, une espèce de mort, un état purement passif, un anéantissement, mais bien, au contraire, une façon d'exister tout aussi réelle et plus générale qu'aucune autre, un état actif, mais dans lequel le mode d'action de l'organisme diffère de ce qui a lieu durant la veille.

Avant que le sommeil succède à la veille, son approche s'annonce par une sensation interne toute particulière, qui annonce le besoin de dormir. Cette sensation bien connue, mais indéfinissable, est suffisamment caractérisée par la nature du désir qu'elle fait naître. Elle éclate, en général, après que la veille a duré quinze ou dix-huit heures, augmente d'une manière rapide, et s'éteint enfin par le fait de l'établissement du sommeil, qui suspend et arrête toutes les sensations. Dans le même temps qu'elle se prononce, une langueur agréable s'empare de tous les organes destinés à l'accomplissement des fonctions de relation. Ces organes perdent leur activité par degrés, se refusent de plus en plus à accomplir leur service, et finissent par ne plus agir du tout. Mais cette inertie ne les frappe pas tous à la fois, et quelques-uns l'éprouvent avec plus de promptitude que d'autres. Les actions musculaires soumises à l'empire de la volonté sont les premières qui tombent dans l'engourdissement. Les yeux se ferment, quelque effort qu'on fasse pour les tenir ouverts, les bras tombent d'eux-mêmes sur les côtés du corps, la station devient bientôt impossible, les membres inférieurs fléchissent sous le poids du corps, la tête s'incline en avant sur le thorax, le tronc se courbe dans le même sens, en un mot l'homme éprouve la nécessité de se coucher, c'est-à-dire de suspendre tous les efforts musculaires réclamés par une station quelconque, en confiant au sol le soin de supporter mécaniquement le poids entier de son corps. Les seules actions musculaires volontaires qui n'éprouvent pas cette suspension sont celles de la respiration et celles des sphincters. Dans le même temps, ou peu après, les actions des sens s'affaiblissent d'abord, puis se suppriment. La vue cesse la première, car la clôture des paupières ne permet plus à la lumière de frapper l'œil; le goût disparaît ensuite; l'odorat et l'ouïe ne tardent pas à se supprimer également; le tact lui-même, et toutes les sensations internes, s'il en existait, telles que la faim, la soif, et les douleurs, s'évanouissent. Enfin, le sommeil s'étend aux actes intellectuels et moraux, qu'il éteint aussi d'une manière progressive; l'influence de la volonté s'affaiblit par degrés et devient tout à fait nulle; les idées cessent d'être formées avec spontanéité, sont confuses, constituent une sorte de délire, et cessent finalement d'être produites. Dès lors il n'y a

plus ni perceptions ni moi. Buffon a peint cet état d'une manière admirable : « Une langueur agréable, s'emparant peu à peu de tous les sens, appesantit mes membres, et suspendit l'activité de mon âme; je jugeai de son inactivité par la mollesse de mes pensées; mes sensations émoussées arrondissaient tous les objets, et ne me présentaient que des images faibles et mal terminées; dans cet instant, mes yeux, devenus inutiles, se fermèrent, et ma tête, n'étant plus soutenue par la force des muscles, pencha pour trouver un appui sur le gazon. Tout fut effacé, tout disparut, la trace de mes pensées fut interrompue, je perdis le sentiment de mon existence. »

Mais la suspension qui a lieu dans les fonctions de relation ne s'étend pas jusqu'aux actes de la nutrition. Ces derniers continuent à s'exercer comme auparavant. La digestion s'effectue, si les voies gastro-intestinales contiennent des alimens. L'absorption s'accomplit sur tous les points de l'économie; la respiration ne s'arrête pas un seul instant, non plus que la circulation, la calorification et les diverses sécrétions. Mais il n'est pas vrai que, comme on l'a prétendu, ces diverses fonctions s'exécutent alors avec plus d'énergie. Aux faits allégués en faveur de cette assertion, on pourrait facilement en opposer un grand nombre qui s'élèvent contre elle.

Cette suspension dure pendant un laps de temps plus ou moins long, qui varie généralement entre cinq et huit heures. Après s'être établie par degrés, elle devient complète, caractère qu'elle présente à un degré d'autant plus prononcé que le sommeil s'est établi d'une manière plus rapide, et qu'il s'est écoulé moins de temps depuis l'instant où il a débuté. Elle cesse comme elle avait commencé, par une gradation insensible, c'est-à-dire qu'à mesure qu'on approche du moment où le sommeil va finir, les actions animales se reproduisent peu à peu, ou du moins se réveillent à la moindre excitation, ce qui tient sans doute à ce que les organes n'ont pas tous besoin d'un repos aussi long pour recouvrer leur aptitude à agir. L'ordre dans lequel elles se raniment est inverse de celui dans lequel leur extraction avait eu lieu. Les opérations intellectuelles et affectives sont les premières qui se reproduisent, et les plus faciles de toutes à exciter : ce qui explique l'origine des rêves, dont la production n'exige qu'une irritation quelconque, directe ou sympathique, qui frappe le cerveau. Viennent ensuite le sens du toucher et celui de l'ouïe; puis celui de la vue et les actions musculaires volontaires. Ces dernières sont celles qui sortent le plus difficilement de l'état de sommeil. Ainsi, quand ce dernier va faire place à la veille, les facultés intellectuelles et affectives reprennent les premières leur service; l'individu a d'abord quelques perceptions con-

fuses, irrégulières, et non dirigées par la volonté, qui produisent une sorte de délire vague, analogue à celui qui précède l'instant du sommeil complet, mais plus souvent aperçu, ou du moins plus facile à graver dans la mémoire que ce dernier, parce que le réveil complet des facultés intellectuelles y succède bientôt, au lieu de leur anéantissement qui le remplace dans l'autre cas. La volonté recouvre ensuite son empire sur les opérations du cerveau; puis le tact et l'ouïe se réveillent, parce qu'ils sont inévitablement et continuellement accessibles à leurs modificateurs particuliers. Les sensations internes, telles que la faim et les douleurs, reparaissent si l'on est dans le cas de les éprouver. Enfin, la volonté reprend son influence régulatrice sur les actions musculaires elles-mêmes. C'est alors seulement que le réveil est complet. Communément on en accélère les dernières scènes par des excitations portées sur les organes qui montrent trop de lenteur à rentrer dans l'exercice de leurs fonctions; on se frotte les yeux, on étend les bras et les jambes, on soupire et l'on bâille pour faire sortir de leur torpeur les muscles, principalement ceux de la respiration. C'est alors que certaines sensations internes qui n'existaient pas avant le sommeil, mais dont la cause s'est développée pendant sa durée, deviennent manifestes, et qu'on éprouve le besoin de diverses excrétions, de se moucher, de cracher, d'expulser les urines, d'aller à la selle.

Le sommeil consiste donc essentiellement dans la suspension de l'action des organes sensoriaux et intellectuels, avec persistance de l'influx nerveux sur tous les autres actes organiques. Mais il offre, plusieurs gradations successives, qu'on peut réduire par la pensée à trois principales : l'assoupissement, qui précède le sommeil, le sommeil proprement dit, et la rêvasserie, qui précède le réveil, et présente la même série de phénomènes qu'offre l'assoupissement, mais en sens inverse. Il présente en outre des variations presque infinies sous le rapport de son invasion, de sa durée, de sa fin et de son degré de profondeur.

On entend par invasion du sommeil, l'instant où l'état de langueur dont il a été parlé plus haut annonce que l'organisme éprouve le besoin de dormir, et que ce nouveau mode d'existence va s'établir. La durée plus ou moins considérable ou le caractère de la veille qui a précédé, la constitution de chaque individu, l'habitude et l'influence actuelle des excitans, soit intérieurs soit extérieurs, telles sont les principales circonstances qui influent sur l'invasion du sommeil, et sur la rapidité avec laquelle il parcourt ses périodes premières, celles qu'on peut, jusqu'à un certain point, appeler préliminaires. Ainsi la nature des occupations auxquelles on s'est livré, et

l'épuisement qu'elles ont occasioné, soit par les efforts dont elles ont rendu l'emploi nécessaire, soit par le seul fait de leur prolongation, soit enfin par les organes qu'elles ont mis en jeu, rendent le besoin de dormir plus on moins prompt à s'établir, et plus ou moins impérieux. Il est de règle, cependant, que le sommeil ait lieu au moins une fois dans l'espace de vingt-quatre heures; mais il peut devenir nécessaire de s'y livrer plusieurs fois dans le même laps de temps. Le plus ou moins d'activité du système nerveux, qui varie selon les âges, les sexes et les individus, est une autre particularité qui jouit également d'une très-grande importance sous ce rapport. Quant à celle de l'habitude, chacun la connaît; on sait que l'habitude influe non-seulement sur l'époque des retours du sommeil, qu'elle rend plus ou moins régulièrement périodique, mais même sur les circonstances de son invasion, et qu'elle permet à certains individus de s'y livrer au milieu de causes excitantes qui, chez d'autres, y mettraient un obstacle invincible. Enfin, l'absence de toute excitation, externe ou interne, est une condition favorable à l'établissement du sommeil, auquel il est généralement difficile de se livrer quand le système nerveux est agité par des sensations externes ou internes, par des émotions plus ou moins vives, par les efforts d'une activité puissamment sollicitée. Mais c'est ici surtout que l'habitude exerce sa toute puissance, du moins à l'égard des sensations externes, car, pour ce qui concerne les internes, quelques vagues et indéfinies qu'elles soient, il est souvent difficile ou même tout à fait impossible de les faire taire. Ainsi, l'on parvient bientôt à s'endormir au milieu du bruit et sous l'influence de la lumière, mais on a beaucoup de peine à céder au sommeil, quand l'action cérébrale est sans cesse excitée par les impressions que lui transmettent les autres organes, ou par les émotions morales, et ce n'est alors que quand l'épuisement nerveux est arrivé, pour ainsi dire, à son dernier terme, que le sommeil finit par s'emparer de l'homme, malgré même les douleurs les plus vives ou les passions les plus orageuses.

La longueur du temps pendant lequel dure l'état du sommeil, varie en raison des mêmes circonstances que son invasion. Ainsi elle doit être relative à l'activité ou à la durée de la veille qui a précédé, au degré de fatigue en général, à l'espèce de fatigue, c'est-à-dire à la nature des organes qui ont été exercés, à la constitution individuelle, à l'âge, au sexe, à l'habitude, et à l'influence des excitations externes ou internes. Toutes ces nuances se conçoivent aisément, et il n'est pas besoin de les expliquer. Il en résulte seulement que la durée du sommeil n'a rien de fixe, et qu'on ne doit pas la limiter à six

heures, comme avait fait l'école de Salerne, ou à toute autre période, soit plus longue, soit plus courte. Le besoin de réparation en est la seule et unique mesure. Cependant elle dépend beaucoup aussi du degré de culture des organes, du cerveau en particulier, car il est d'observation que les individus chez lesquels ce dernier appareil jouit d'une action très-faible, ou presque nulle, sous le rapport des facultés intellectuelles, sont ceux qui dorment le plus, ou qui ont du moins le plus de propension au sommeil.

Quant à ce qui concerne le degré de profondeur du sommeil, les variations qu'il offre sous ce rapport sont très-nombreuses. On doit entendre par là le nombre des fonctions animales qui se trouvent suspendues pendant sa durée, nombre d'après lequel on le distingue en complet et incomplet.

Dans le sommeil complet, toutes les fonctions animales sont suspendues; il y a perte absolue de la conscience, et le moi, l'individu moral, n'existe plus. Cette nuance, qui seule mériterait, à la rigueur, le nom de sommeil, est de courte durée, parce que tous les organes n'ont pas également besoin de réparation, et parce que tous n'ont pas perdu, au même degré, la susceptibilité ou l'aptitude à agir qu'ils avaient contractée dans la veille précédente. Il résulte de là que, les organes n'étant pas tous endormis au même degré de profondeur, ils répondent plus ou moins facilement, en raison de leur structure propre, aux excitations intérieures ou extérieures qui peuvent agir sur eux, et que, n'ayant pas tous besoin de dormir aussi long-temps, ils se réveillent à des époques différentes. Dès que l'un d'eux cesse d'être endormi, le sommeil n'est plus complet. Il ne l'est pas non plus lorsque tous ne sont pas encore endormis. Ici se présente une série de considérations, sur lesquelles il est nécessaire d'insister un peu.

Les sensations externes ne sont pas constamment abolies toutes. Le toucher surtout conserve une partie de son impressionabilité, ou du moins il a la faculté de la recouvrer sous l'influence d'une excitation même légère. C'est ce qu'attestent mille phénomènes, tels que le changement d'attitude quand une position est devenue gênante ou douloureuse, l'action de retirer à soi toute partie du corps qui reçoit une atteinte mécanique, etc.

Ces phénomènes démontrent aussi que la faculté de se mouvoir n'est pas complétement suspendue; mais les mouvemens qu'on observe alors rentrent dans la classe de ceux qui dépendent de celle des actions cérébrales dont le sommeil ne procure jamais l'interruption, et il est bien difficile de croire qu'ils soient toujours produits pendant un réveil qui n'a été ni assez long ni assez complet pour qu'on pût bien l'apprécier.

Lorsque le cerveau ne perd pas entièrement son activité sous le rapport des facultés intellectuelles, il résulte de là des rêves et des songes, dont la bizarrerie tient à ce que, l'action cérébrale n'étant pas réglée par la volonté, les idées qu'elle engendre s'associent pour ainsi dire au hasard, et donnent lieu ainsi aux plus bizarres incohérences. Les rêves se rapprochent donc beaucoup du délire, puisque, dans les uns comme dans l'autre, il y a production irrésistible des idées, mais défaut absolu de la faculté qui régularise leur association. L'état de veille ou de sommeil est une circonstance accessoire, et qui n'influe en rien sur les conditions essentielles du phénomène. Ces rêves varient eux-mêmes à l'infini, et dans leur mode de production, et dans l'influence qu'ils exercent : tantôt ils dépendent de l'action cérébrale seule, et se bornent à la production de quelques actes intellectuels, à la mise en jeu de quelques facultés affectives; tantôt ils sont les résultats d'une excitation extérieure, ou plus souvent intérieure, qui retentit au cerveau. De là vient qu'ils sont relatifs, soit aux travaux intellectuels ou aux passions dont le sujet s'était occupé durant la veille précédente, soit aux impressions que font naître les stimulations de certains organes intérieurs ou de quelque appareil sensitif, principalement des sens du toucher et de l'ouïe. Souvent l'action cérébrale demeure concentrée dans le cerveau; mais souvent aussi, elle s'épanche en quelque sorte au dehors, et alors les rêves sont accompagnés des mêmes phénomènes expressifs qui l'auraient caractérisée dans l'état de veille. Suivant le nombre des facultés intellectuelles éveillées, suivant aussi leur degré de réveil, les rêves sont plus ou moins vifs, et le souvenir s'en conserve ou non après la cessation du sommeil. Ce dernier présente même un certain degré où la volonté peut encore présider jusqu'à un certain point à la production et à l'enchaînement des idées; mais ce degré est très-voisin de la veille, dont une faible nuance seulement le sépare. Enfin, chez quelques personnes, les opérations intellectuelles du cerveau persistent à tel point, durant le sommeil, que cet organe semble jouir, sous ce rapport, de la plénitude de ses facultés, et commander, aussi régulièrement que durant la veille, l'exercice des mouvemens, parfois même des sens. On désigne cet état sous le nom de SOMNAMBULISME.

Le but du sommeil étant la réparation des forces, il le remplit d'autant mieux qu'il est plus complet. Les rêves, et plus encore le somnambulisme sont donc toujours défavorables, puisqu'ils dépendent de la persistance d'actions nerveuses qui devraient être assoupies, qui ont besoin d'éprouver des interruptions périodiques.

Tout ce qui a été dit de l'invasion du sommeil peut s'appli-

quer aussi à sa cessation, c'est-à-dire au réveil, mot par lequel on désigne l'instant où il fait place à l'état de veille. Les mêmes circonstances qui influent sur l'invasion, la durée et la profondeur du sommeil, font aussi varier l'époque du réveil, et il est inutile de revenir sur elles, puisque ce serait s'exposer à des répétitions fastidieuses. Dans la plupart des cas, le réveil coïncide avec le retour du jour, qui ramène tous les excitans extérieurs, mais il peut être hâté par tous les excitans intérieurs, quels qu'ils soient. On le distingue en naturel, celui qui arrive quand la réparation nerveuse est accomplie, ou peut-être quand le système nerveux éprouve le besoin de recommencer son service; et forcé, celui qui résulte d'une excitation quelconque appliquée à ce système. Celui-ci diffère beaucoup de l'autre, car les organes n'étant pas également endormis, n'ayant pas par conséquent une égale susceptibilité à se réveiller, et n'ayant point réparé leurs pertes au même degré, il y a d'abord irrégularité dans l'exercice des fonctions; les sens sont obtus, les mouvemens chancelans, la spontanéité et la volonté à peine rétablies, et il faut un certain laps de temps avant que le sujet retrouve ses esprits.

Nous ne nous étendrons pas sur les causes du sommeil, quoiqu'elles aient enfanté de nombreuses divagations et hypothèses. On l'attribue, en général, à la déperdition que le système nerveux a faite pendant la veille. Cette idée pourrait cependant bien n'être pas exacte, car elle ne se concilie pas avec les propriétés qu'ont toutes les impressions monotones de provoquer le sommeil. En la supposant vraie d'ailleurs, nous ignorons en quoi consiste cette déperdition, quoiqu'on l'ait fait consister dans un épuisement ou un défaut de circulation du fluide nerveux, entassant ainsi hypothèses sur hypothèses, avec une légèreté et une facilité dont on ne saurait trop s'étonner. Nous ne savons pas davantage si le sommeil est un état purement passif ou actif du système nerveux, et si la réparation présumée de ce système est l'effet seul de son repos ou celui d'une action spéciale de sa part. Nous ignorons enfin s'il tient au système nerveux tout entier, ou seulement au cerveau, et si, dans ce dernier cas, les autres organes ne suspendent leur action que parce qu'ils ne reçoivent plus de l'encéphale l'influence nerveuse dont ils ont besoin pour l'exercer. Cette dernière hypothèse paraît être néanmoins celle qui réunit le plus de probabilités en sa faveur, et ses partisans ont supposé, les uns, qu'il y avait collapsus des fibres cérébrales; les autres, qu'elles étaient comprimées par suite d'une congestion sanguine; certains, que le sang quittait le cerveau pour se refouler dans l'abdomen; plusieurs, enfin, que la puissance nerveuse se concentrait dans l'organe cérébral. Il

suffit d'énoncer toutes les conjectures pour en faire sentir la futilité. Elles ne reposent sur aucun fait, et n'ont été imaginées que pour masquer notre ignorance absolue à l'égard de la cause, de l'essence et du siége spécial du sommeil.

La prolongation du sommeil pendant un jour complet ou plusieurs constitue la LÉTHARGIE; le sommeil qui survient dans le cours d'une maladie, hors des heures ordinaires du repos, et sous l'influence de l'état morbide, est appelé *cataphora*, s'il est léger, quoique continu; *carus*, quand il est profond, mais au point de pouvoir être interrompu momentanément; *coma*, quand il est tellement profond que rien ne le fait cesser, même instantanément; *apoplexie*, quand il s'est établi subitement, et lorsque la respiration est bruyante.

La prolongation inaccoutumée du sommeil, sa profondeur, s'il est permis de parler ainsi, sont deux symptômes très-fâcheux qui annoncent un état morbide redoutable du cerveau, souvent un épanchement sanguin ou séreux. On doit prendre des précautions quand on voit une personne, même en bonne santé, avoir une tendance irrésistible, et surtout inaccoutumée, au sommeil, après le repas, avant la nuit, enfin hors des heures habituelles. Il faut alors régulariser l'action de l'estomac, tirer du sang, employer des révulsifs.

Il est difficile de décider souvent, dans l'état de maladie, si le sommeil qui vient de s'établir est morbide ou naturel, et pourtant cela est toujours bien important; dans le premier cas, il faut le combattre, et, dans le second, il faut le favoriser. Toutes les fois que la respiration s'embarrasse visiblement, que les traits du visage changent, qu'ils s'affaissent, ou que la face paraît se tuméfier, et que l'on a déjà eu d'autres raisons de craindre le sommeil morbide dans une des quatre nuances que nous venons d'indiquer, il faut tenter de réveiller le sujet; s'il sort facilement de son sommeil et se plaint d'en avoir été tiré, s'il fait nuit, si les signes que nous venons d'indiquer sont peu marqués, s'ils n'augmentent pas graduellement d'intensité, il y a lieu de croire que le sommeil est naturel; on doit penser qu'il est morbide dans les circonstances opposées. Il semble que ces règles soient superflues, et nous regrettons pourtant de ne pouvoir les faire plus affirmatives. Nous avons vu un malade qui, à la suite d'une irritation gastro-hépatique, avec légère douleur de tête, avait enfin recouvré le sommeil, être martyrisé plusieurs nuits, d'après la recommandation d'un praticien qui tenta de le guérir d'un sommeil bienfaisant avec du quinquina, afin de publier ensuite ce chef-d'œuvre de routine comme un cas de fièvre pernicieuse. Il importe beaucoup aussi de distinguer du coma le sommeil tranquille, qui, parfois, succède au délire. Celui qui survient à la suite des évacuations est généra-

lement avantageux. C'est toujours un signe de bon augure lorsqu'un malade recouvre le sommeil.

L'insomnie précède et accompagne beaucoup de maladies; c'est l'indice constant d'une irritation qui, souvent, ne se décèle que par ce seul signe. On la combat trop souvent par l'opium et ses succédanés, qui ont l'inconvénient de faire affluer le sang vers un cerveau déjà tourmenté sourdement par des sympathies pénibles. Il est fort douteux que les narcotiques soient même utiles dans les cas où l'insomnie provient d'une irritation cérébrale primitive; un bain de pied, l'application de la glace sur la tête, sont les meilleurs narcotiques en pareil cas; dans tous les autres, ce sont, et ces moyens, et ceux qui calment l'irritation primitive qui affecte sympathiquement le cerveau.

Le sommeil peut être troublé par le vertige, le sentiment d'une chûte du haut d'un objet élevé, d'un balonnement, par une sensation subite, telle qu'une palpitation de cœur, une crampe, etc. Ces sensations, à demi-perçues, proviennent, ou de l'afflux trop considérable du sang vers l'encéphale, ou de l'irritation de ce viscère, ou de la souffrance subitement déterminée par un changement quelconque dans un organe; quelquefois d'un accident fortuit, tel qu'un bras mis hors du lit, un refroidissement de la température.

SOMNAMBULISME, s. m., *somnambulismus*, *somnambulatio*, *noctambulatio*, *nocti vagatio*, *noctisurgium*, *hypnobatia*, *noctybatia*, *hypnobatasis*, *oneirodynia activa*, *somnus vigilans*, *vigila somnians*, *somno-vigil*; état intermédiaire entre la veille et le sommeil, dans lequel le cerveau conserve l'exercice de quelques-unes de ses facultés intellectuelles, qui non-seulement semblent agir rationnellement, mais encore commandent d'une manière régulière le jeu des organes sensitifs et moteurs qui sont à leur disposition dans l'état normal.

L'histoire du somnambulisme est remplie de contes et d'erreurs. Ce phénomène, déjà si singulier par lui-même, devait paraître en effet fort extraordinaire à des époques où l'on contemplait avec une surprise mêlée de frayeur tous les événemens qui sortaient du cercle journalier des vicissitudes de la vie. Aussi la crédulité et l'amour du merveilleux en ont-ils surchargé l'histoire d'un si grand nombre de faits évidemment faux et supposés, qu'il est difficile de reconnaître la vérité au milieu d'un pareil fatras de mensonges et d'exagérations. La plupart des faits de somnambulisme qu'on trouve dans les auteurs sont défigurés par des additions étrangères, ou par une peinture inexacte des phénomènes de l'état qu'ils doivent représenter; un grand nombre même d'entre eux ne

méritent pas la moindre confiance, et se rapportent, de toute évidence, à des faits simulés ou imaginaires.

Défini d'une manière rigoureuse, et abstraction faite de la dénomination impropre sous laquelle on le désigne, le somnambulisme est le résultat d'une certaine combinaison entre le sommeil et la veille, qui fait que les sens s'éveillent d'une manière successive, mais toujours partielle et imparfaite, tandis que l'imagination et la mémoire créent ou retracent des idées. Bonnet l'a très-bien peint en disant que l'âme, semblable alors au pilote qui gouverne son vaisseau sur l'inspection d'une carte, dirige son corps sur l'inspection de la peinture que l'imagination lui offre. Les volitions qui émanent des impressions retracées au cerveau par l'imagination et la mémoire, sont en rapport, non pas toujours avec les objets environnans, mais bien avec ceux que le sujet se représente en dedans de lui-même, et la coïncidence, lorsqu'elle a lieu, doit toujours être considérée comme purement fortuite.

De toutes les fonctions intellectuelles, la mémoire est celle qui s'exerce le plus chez les somnambules. Cependant l'imagination entre aussi en jeu; mais le jugement est à peu près nul. Quant à la volonté, elle est régulière dans le plus grand nombre des cas, mais le jugement ne rectifie presque jamais ses actes. C'est sa persistance ou son réveil qui établit la principale différence entre le somnambulisme et les rêves. Les sens ne sont jamais tous accessibles aux impressions, mais leur participation à l'état de veille varie selon les individus. La vue ne s'exerce jamais, sans quoi il n'y aurait pas somnambulisme, car elle ne manquerait pas de rectifier les erreurs de l'imagination, de la mémoire et des autres sens. Tout porte à croire cependant que le somnambule s'imagine en jouir; mais alors, comme dans les rêves, il n'y a que la sensation cérébrale, c'est-à-dire que le sens est pour ainsi dire intérieur, et que le sujet voit réellement au dedans de sa tête ce qu'il pense contempler. De tous les sens, le toucher est celui qui conserve le plus d'activité. L'odorat est presque toujours engourdi, le goût nul ou peu développé, et l'ouïe inactive. Les paupières sont tantôt baissées et tantôt ouvertes. La chaleur externe est modérée, et les mains sont souvent froides; le pouls est petit, lent, faible, quelquefois dur; la respiration se fait comme à l'ordinaire.

Les symptômes précurseurs du somnambulisme ne sont point connus. Les accès se déclarent ordinairement après le premier sommeil, ce qui est le contraire de ce qu'on observe dans les rêves, et leur durée, variable, se prolonge ordinairement pendant quelques heures. Ce phénomène est plus commun dans la jeunesse que dans l'âge adulte. La vieillesse n'en

offre presque aucun exemple et l'on n'en connaît non plus qu'un très-petit nombre chez les femmes.

Louyer-Villermay considère le somnambulisme comme une névrose, un état morbide du cerveau, une exaltation passagère, mais plus ou moins prononcée, de l'activité intérieure de cet organe. C'est abuser étrangement du mot maladie que d'en faire une application semblable. Le somnambulisme est, par rapport au sommeil, dans la même relation que les rêves, à cela près qu'il survient avant ou pendant son établissement complet, tandis que les rêves sont le résultat de sa cessation partielle. Du reste, il ne constitue pas plus que ces derniers un état identique partout, et, bien au contraire, il est susceptible de mille degrés différens. Une autre particularité qui le distingue encore des rêves, c'est qu'il n'est suivi d'aucun souvenir de ce qui a pu être senti ou fait pendant le sommeil; mais beaucoup de rêves sont dans le même cas, et ce phénomène tient uniquement à l'époque du sommeil durant laquelle arrive le somnambulisme. Nous ne nous souvenons jamais non plus que des rêves qui surviennent peu de temps avant le réveil complet.

Le somnambulisme n'exige aucun traitement; mais il réclame des précautions hygiéniques, et surtout une surveillance active, qui garantisse le sujet des accidens. Tous les moyens qu'on a proposés comme capables d'en faire perdre l'habitude, sont ou inutiles, ou dangereux, ou inconvenans. L'âge affaiblit peu à peu cette disposition insolite de l'organe encéphalique, qui disparaît d'elle-même au bout d'un laps de temps plus ou moins long.

SOMNOLENCE, s. f., *cataphora*, *somnolentia*; tendance au sommeil, soit à l'heure et dans les circonstances où l'on ne s'y livre pas ordinairement, soit dans l'état de maladie. C'est un phénomène qu'il faut prendre en grande considération; il est souvent le signe précurseur d'une affection primitive ou consécutive du cerveau. Si le sujet se porte bien d'ailleurs, au moins en apparence, il faut retrancher quelque chose de ses alimens, de ses boissons, lui conseiller l'usage de l'eau, rechercher s'il n'est pas en proie à quelque chagrin secret, à quelque vive contrariété habituelle. Dans l'état de maladie, la somnolence doit d'autant plus être combattue qu'elle annonce un état morbide encore curable, mais qui, très-prochainement, pourra cesser entièrement de l'être. *Voy.* APOPLEXIE et SOMMEIL.

SON, s. m., *sonitus*; sensation que l'oreille éprouve lorsqu'elle reçoit les ondulations imprimées à l'air par un corps qui oscille avec rapidité de part et d'autre de sa position fixe, ou qui vibre. Le *son* diffère du *bruit*, en ce que ce der-

nier terme sert seulement à désigner l'impression que fait naître tout mouvement vibratoire qui manque de permanence ou de régularité, ou qui consiste en une multitude de sons divers et simultanés, tandis qu'on appelle *son* la sensation qui résulte d'ondulations permanentes, régulières, et par cela même comparables ou musicales.

Toutes les fois que le ressort d'un corps élastique quelconque a été tendu, ce corps fait sans cesse effort pour recouvrer sa forme primitive, c'est-à-dire pour que chacune de ses parties reprenne la position que lui assignent les forces naturelles qui la sollicitent. Ce rétablissement s'opère par des oscillations successives dont les amplitudes diminuent d'une manière progressive; le mouvement vibratoire se transmet du corps où il est né dans la couche d'air qui touche immédiatement celui-ci, et chaque couche d'air réagit ensuite de proche en proche sur la suivante, mais en s'affaiblissant toujours. Tel est le mécanisme de la production et de la propagation du son.

L'intensité du son dépend de l'étendue du corps sonore, de l'amplitude de ses vibrations et du nombre de corps qui vibrent ensemble; mais tous les mouvemens vibratoires ne produisent pas des sons. Pour que l'oreille puisse en apprécier un, il faut que le corps sonore fasse au moins trente-deux vibrations par seconde. C'est le plus sourd des sons perceptibles pour nous. Il y a de même, pour les sons supérieurs, une limite au delà de laquelle nous ne pouvons plus rien entendre, et il paraît que, passé des nombres de douze à seize mille vibrations par seconde, les sons deviennent si aigus que l'oreille ne saurait les apprécier. Ainsi les sons comparables, c'est à dire musicaux, sont renfermés entre ces deux limites, pour la plupart des oreilles; ils devraient être, rigoureusement parlant, aussi multipliés que le sont les termes de la série numérique intermédiaire; mais l'oreille, même la plus délicate, laisse échapper les nuances très-légères, de sorte que, pour passer du son le plus grave au plus aigu, le nombre des intermédiaires n'est pas aussi considérable qu'on pourrait le croire au premier aperçu. Cette étendue se compose d'environ huit octaves, comprenant chacune sept sons désignés par les noms d'*ut*, *re*, *mi*, *fa*, *sol*, *la*, *si*. La coexistence de plusieurs sons constitue *l'accord*, une suite de sons, *la mélodie*, et une suite d'accords, *l'harmonie*. L'accord prend l'épithète de *consonnant*, lorsque l'oreille découvre aisément le rapport d'un son à l'autre, et celui de *dissonant*, quand elle a peine à distinguer ce rapport. Les rapports entre les nombres de vibrations que les corps font dans le même temps, constituent les différens accords, qui sont : l'*unisson*, le plus

simple de tous, lorsque les deux corps font autant de vibrations l'un que l'autre dans un temps donné, puisqu'ils produisent absolument le même son; l'*octave*, quand l'un des deux fait, dans un temps donné, un nombre de vibrations double de celui des oscillations qu'exécute l'autre, etc.

SON, s. m., *furfur* : fragmens de l'enveloppe extérieure des graines céréales, séparées et brisées par la mouture.

La décoction de son est émolliente, et, comme telle, employée quelquefois en fomentations ou en lavemens.

On appelle vulgairement *son*, ou mieux écailles furfuracées, les parcelles d'épiderme qui se détachent dans quelques maladies cutanées.

SONDE, s. f., *specillum* : instrument de chirurgie destiné à être porté dans l'intérieur de certaines parties, afin d'en explorer la cavité, de vider les liquides qu'elles renferment, ou de guider jusque dans leur intérieur les corps que l'on désire y introduire. Les sondes présentent toutes une tige allongée, lisse, déliée, et plus ou moins fine. Les plus remarquables d'entre elles sont :

1°. La *sonde cannelée*. Cet instrument présente une tige longue de six pouces environ, lisse et polie dans toute son étendue, plus mince à son extrémité libre qu'à sa base, qui est surmontée d'une plaque destinée à lui servir de manche. La tige de la sonde est creusée, par un de ses côtés, d'une cannelure profonde, dont la cavité doit être parfaitement unie, afin de ne pas arrêter la pointe du bistouri, que l'on y fait ordinairement glisser. Le sommet de la plaque est presque toujours divisé, suivant sa longueur, par une échancrure dans laquelle on place le filet de la langue, lorsque sa longueur excessive oblige de le couper. Il est des sondes cannelées inflexibles, faites en acier, en platine ou en or. D'autres, construites en argent battu, peuvent s'accommoder à toutes les flexuosités du trajet qu'on veut leur faire parcourir. Lorsque, dans les incisions faites par la sonde, on veut que le bistouri ne quitte pas l'instrument, la cannelure de celui-ci doit être terminée par un cul-de-sac profond et à parois solides. Dans les cas opposés, ou quand la sonde doit être introduite à travers les feuillets du tissu lamineux, comme, dans certaines opérations de hernie, il convient de lui donner une pointe mousse, et de laisser libre et ouverte l'extrémité de sa cannelure.

2°. La *sonde à panaris* n'est autre chose qu'une sonde cannelée, très-fine, terminée en stylet d'un côté, et pourvue à l'autre d'une cannelure terminée par un cul-de-sac. On l'emploie lorsque les trajets fistuleux à inciser sont trop étroits pour admettre la sonde cannelée ordinaire.

3°. La *sonde brisée*, nommée aussi sonde de poitrine, est une sorte de stylet aiguillé, long de dix à quinze pouces, susceptible de se diviser en deux parties égales, qui se réunissent au moyen d'une vis. Cet instrument est rarement mis en usage.

4°. La *sonde de Belloc;* est composée d'une canule d'argent, ouverte à ses deux extrémités, légèrement recourbée sur elle-même, dans laquelle on introduit un stylet ou mandrin de même métal. Garni d'un anneau à l'un de ses bouts, ce stylet se termine à l'autre par un fragment de ressort de montre, surmonté d'un bouton olivaire. Lorsque l'instrument est introduit dans les fosses nasales, la concavité de la courbure dirigée en bas, et qu'on pousse le stylet, le ressort passe derrière le voile palatin, et se déploie dans la bouche, de manière à ce qu'on puisse y attacher un fil, qui est aisément ramené ensuite par l'ouverture du nez. Cet instrument est fort utile pour la ligature des polypes et le tamponnement des fosses nasales; on peut toutefois le remplacer par une tige de baleine mince et flexible.

5°. La *sonde* ou *pince de Hunter*, sorte de canule, longue de huit à dix pouces sur trois à quatre lignes de diamètre, légèrement recourbée, comme la sonde urétrale, et dans laquelle est renfermé un mandrin d'acier. Ce mandrin, garni d'un anneau à son extrémité antérieure, est terminé à l'autre par deux branches que leur élasticité porte à s'écarter. Lorsque le mandrin est poussé en avant, ces branches, devenant libres, s'éloignent l'une de l'autre; elles se rapprochent, au contraire, et saisissent les corps placés entre elles, lorsque, en tirant à soi la tige qui les supporte, elles sont pressées par les parois de la canule, dans laquelle on tend à les faire rentrer. Cet instrument, fort ingénieux, a éprouvé diverses modifications, toutes fondées sur le même principe; il est destiné à saisir et à retirer les calculs urinaires arrêtés dans l'URÈTRE.

6°. Les *sondes de gomme élastique;* elles sont spécialement disposées pour parcourir l'urètre et pénétrer dans la vessie. On fait une si grande consommation de ces instrumens, et des accidens si désagréables et même si graves peuvent résulter de leur mauvaise qualité, qu'il devient indispensable d'indiquer le mode de fabrication le plus propre à les rendre à la fois souples et solides. On ne doit plus faire usage de linge, de drap ou de toute autre matière analogue, pour servir de base aux sondes de gomme élastique. Ces substances perdent leur solidité, soit pendant que l'ouvrier les travaille, soit à la suite d'un séjour peu prolongé dans les voies urinaires, et les instrumens qu'elles servent à former se déchirent et se rompent avec la plus grande facilité.

Un tissu fait au métier, en soie fine, et ayant la forme ainsi que les dimensions de l'instrument à construire, telle est la matière qu'il faut exclusivement employer pour faire les sondes urétrales. Ce tissu, renforcé à l'extrémité fermée de la canule qu'il représente, afin que le mandrin ne la perce point, doit être déjà pourvu des ouvertures que l'on remarque à l'extrémité de la sonde. Le procédé qui consiste à percer les yeux de celle-ci avec un fer rouge, après qu'elle est déjà presque entièrement fabriquée, présente le grave inconvénient de détruire la continuité du tissu, de l'affaiblir, et de préparer la rupture du bec de l'instrument, accident d'autant plus facile à s'opérer que cette partie est incessamment plongée dans la vessie et macérée par l'urine. Les ouvertures de la sonde doivent donc être faites d'abord sur le métier, et garnies, pour plus de solidité, d'un point en œillet à leur circonférence.

Ainsi préparé, le canevas de l'instrument est placé ensuite sur une tige ou mandrin de cuivre, et enduit d'une couche de caoutchouc, dissous d'abord, puis étendu dans une huile grasse. Avant d'être terminé, l'instrument doit avoir supporté trente à quarante couches de la matière élastique, et être autant de fois séché à l'étuve et passé à la pierre ponce. L'huile de lin épaissie, dont on s'est servi long-temps pour enduire les sondes, devient friable par la dessiccation, s'écaille avec le temps, se gerce, et laisse le tissu qu'elle recouvre exposé à l'action destructive des humidités au milieu desquelles il est plongé lorsqu'on en fait usage. Cette matière est donc inférieure, sous tous les rapports, à la dissolution de caoutchouc, dont les fabricans habiles, et entre autres Verdier, successeur de Fiburier, font exclusivement usage. Les bonnes sondes doivent être, à leur surface, lisses et d'un poli uniforme, plutôt doux que brillant. Il faut que l'on puisse les replier dans tous les sens, et même nouer leurs extrémités ensemble sans occasioner de rupture ou même de gerçures à leur surface. Leurs parois, sans être dures, doivent se soutenir avec assez de force pour résister à la pression de l'urètre, maintenir ce canal dilaté, et conserver toujours ouvert le tube qu'elles constituent. Les mandrins dont on garnit les sondes sont ordinairement en fer, et exposés à se couvrir d'une couche d'oxide qui les rend rugueux, et s'oppose à ce qu'on les entre ou les retire facilement. On évite cet inconvénient en n'employant que des mandrins recouverts d'une couche d'argent qui les conserve sans diminuer leur solidité, et dont Fiburier, ainsi que son successeur, ont répandu l'usage.

Les sondes de gomme élastique sont graduées par quarts de ligne, depuis le n° 1, qui a une ligne de diamètre, jusqu'au n° 13, qui en a quatre. En employant un tissu de la soie la

plus fine, Verdier est parvenu à construire des sondes dont les parois ont si peu d'épaisseur, sans rien perdre de leur solidité, que le diamètre de la canule en est de beaucoup agrandi; le nº 1 de ces sondes permet, par exemple, de vider aussi vite la vessie que le ferait le nº 2 des sondes ordinaires, ce qui présente un grand avantage lorsqu'il est indispensable de faire usage d'instrumens très-déliés.

L'usage des bougies à ventre est trop répandu et trop utile pour que l'on n'ait pas essayé de construire des sondes qui présentent la même forme. Les instrumens de ce genre, sortis des ateliers du fabricant que nous venons de citer, présentent à leur renflement un diamètre double de celui du reste de leur longueur; ce qui permet de maintenir dilaté un point déterminé de l'urètre, sans fatiguer le reste du canal, et sans que le besoin d'uriner oblige, comme quand on fait usage de bougies, de retirer le corps étranger. Les sondes urétrales ont éprouvé encore diverses modifications dont il sera question au traitement des lésions de l'URÈTRE, qui en ont donné l'idée.

SOPOREUX, adj., *soporalis*, *soporarius* : se dit des maladies dont le principal symptôme, ou celui qui frappe le plus les assistans, est le sommeil morbide. *Voyez* COMA, COMATEUX et SOMMEIL. La *fièvre comateuse* a été aussi appelée *soporeuse*.

SORBATE, s. m.; sel formé par la combinaison de l'acide sorbique avec une base salifiable. Aucun sorbate n'est usité en médecine.

SORBIER, s. m., *sorbus* : genre de plantes de l'icosandrie triginie, L., et de la famille des rosacées, J., qui a pour caractères : calice à cinq divisions, cinq pétales insérés sous le calice, pomme contenant trois à cinq graines cartilagineuses.

Les fruits du *sorbier domestique*, *sorbus domestica*, connus sous le nom de *cormes*, ont une saveur âpre et insupportable avant leur maturité parfaite. Cependant, ils s'amollissent et deviennent bons à manger après qu'on les a laissés pendant quelque temps sur de la paille, mais ils ne sont jamais estimés. On peut faire, avec le suc qu'ils contiennent, une sorte de cidre. Jadis les pharmaciens en préparaient une confiture astringente, qui est tombée totalement en désuétude, de même que leur eau distillée. Les chimistes modernes y ont constaté la présence d'un acide particulier, auquel ils ont donné le nom de sorbique.

Le *sorbier des oiseleurs*, *sorbus aucuparia*, est encore moins avantageux que le précédent, sous le rapport alimentaire. Ses fruits ont une saveur acide et amère, et ne sont recherchés que par divers oiseaux, les grives surtout. On en fait cependant une espèce de cidre dans le Nord, où l'on en

retire même de l'eau-de-vie. Les pepins sont émulsifs, à l'état frais, et l'on peut en retirer de l'huile quand ils sont secs.

SORBIQUE, adj.; nom d'un acide découvert par Donovan dans une foule de plantes grasses ou herbacées, et dans un grand nombre de fruits succulens, notamment dans ceux du sorbier. Il se présente sous la forme de mamelons, d'une acidité forte et agréable, très solubles dans l'eau et l'alcool, et même déliquescens. C'est lui qui, combiné avec une matière mucilagineuse, constitue ce que l'on a appelé, jusque dans ces derniers temps, l'acide malique.

SORDIDE, adj., *sordidus* : épithète donnée par les chirurgiens à toute plaie ou à tout ulcère dont la surface, au lieu d'être vermeille et couverte d'une suppuration blanche et bien liée, est grisâtre, jaunâtre, verdâtre, et baignée d'une sanie visqueuse, diversement colorée.

SOUBRESAUT, s. m., *subsaltus* : se dit des secousses subites et passagères qu'éprouvent les tendons par suite de la contraction involontaire des muscles dans l'état de maladie, quand cette contraction n'est encore ni tétanique ni convulsive. C'est un des signes que l'on considérait comme indiquant certainement l'ataxie commençante ou confirmée. Ce symptôme annonce toujours la souffrance du cerveau, une vive irritation de ce viscère ou de la moelle rachidienne dans la partie qui provoque le mouvement musculaire. C'est souvent le signe avant-coureur du délire furieux.

SOUCHET, s. m., *cyperus* : genre de plantes de la triandrie monogynie, L., et de la famille des cypéracées, J., qui a pour caractères : fleurs hermaphrodites, imbriquées et disposées sur deux rangs opposés, en épillets comprimés; style filiforme, surmonté de trois stigmates capillaires; graine dépourvue de poils à sa base.

La médecine s'est appropriée deux espèces de ce genre.

Le *souchet rond*, *cyperus rotundus*, qui croît dans les lieux marécageux des contrées méridionales de la France, a ses racines composées de fibres épaisses et brunes, qui se renflent de distance en distance, et produisent ainsi des tubercules ovales. Ces parties ont une saveur amère et comme résineuse.

Le *souchet long*, *cyperus longus*, commun également dans les étangs et les marais, a des racines allongées, noirâtres et sans renflemens. Sa saveur est amère et un peu styptique, son odeur aromatique, agréable, et voisine de celle de la violette.

Ces deux racines, jadis fort employées en médecine, passaient pour stomachiques, diurétiques, sudorifiques et emménagogues. Aujourd'hui elles sont presque totalement exclues de la matière médicale. Elles ont toutes les propriétés des sub-

stances à la fois amères et aromatiques. On les donne, en poudre, à la dose d'un demi-gros à un gros, et, en infusion aqueuse ou vineuse, à celle de deux gros à une once par pinte de véhicule.

SOUCI, s. m., *calendula :* genre de plantes de la syngénésie polygamie nécessaire, L., et de la famille des corymbifères, J., qui a pour caractères : calice commun formé d'un seul rang de folioles égales; fleurons du centre mâles, ceux du disque hermaphrodites, demi-fleurons de la circonférence femelles; réceptacle nu; graines comprimées à la circonférence, arquées au centre.

Le *souci officinal*, *calendula officinalis*, que l'on cultive dans les jardins, à cause de la beauté de ses fleurs, exhale de toutes ses parties une odeur pénétrante, désagréable et un peu nauséeuse. Il a une saveur amère. Jadis on attribuait à ses sommités fleuries des vertus très-prononcées dans la chlorose, l'aménorrhée, la suppression des lochies, l'hystérie, les obstructions du bas-ventre, l'ictère, les scrofules, etc. On leur a encore accordé bien d'autres propriétés non moins chimériques. Mais elles sont inusitées aujourd'hui, de même que la conserve et l'eau distillée qu'on en préparait autrefois. Si l'on voulait y recourir, la dose est d'un gros à une demi-once, en infusion dans une pinte d'eau.

On peut très-bien remplacer cette espèce par le *souci sauvage*, *calendula arvensis*, qui a les mêmes propriétés, et qui se rencontre très-communément dans tous les lieux cultivés.

SOUDE, s. f., *natron.* Les chimistes donnent ce nom au deutoxide de sodium, qui est d'un blanc grisâtre, et efflorescent à l'air.

Dans le commerce, on appelle soude le sous-carbonate de sodium, plus ou moins chargé d'impuretés.

SOUFRE, s. m., *sulfur;* corps simple, ou du moins réputé tel jusqu'à ce jour, parce qu'on n'a pas encore pu parvenir à le décomposer. C'est une substance solide et très-friable, d'un jaune citron, sans saveur, sans odeur, quoiqu'elle en acquière une légère par le frottement, qui craque et souvent se rompt lorsqu'on la tient dans la main, et qu'on l'échauffe un peu, dont la cassure est luisante, et dont la pesanteur spécifique est à celle de l'eau dans la proportion de 1 à 1,99.

Le soufre, dont la découverte se perd dans la nuit des temps, est très-répandu dans la nature. On l'y trouve, soit à l'état natif, soit à celui de combinaison. Le soufre natif existe sous la forme de masses transparentes ou opaques, de petits fragmens disséminés dans plusieurs sortes de minéraux, de poussière fine, et enfin de cristaux plus ou moins beaux, qui jouissent quelquefois d'une transparence parfaite. C'est principalement

dans les terrains volcanisés actuellement ou autrefois qu'on le rencontre; mais il y en a aussi dans ceux qui proviennent de sédimens déposés d'une manière successive par les eaux. Quant au soufre combiné, il est encore plus commun que le précédent, quoique ce dernier soit fort abondant dans le sein de la terre. On le trouve uni à l'oxigène et à des bases salifiables, c'est-à-dire sous l'état de sulfure, ou combiné à des métaux divers, et constituant alors des sulfates. Il existe aussi à l'état d'acide hydro-sulfurique dans un grand nombre d'eaux minérales. Quelques plantes, les crucifères entre autres, en renferment des quantités notables, et plusieurs matières animales en contiennent également. En un mot la nature, qui semble l'avoir prodigué, nous le présente dans toutes sortes de formations, et sous une multitude d'états et de formes.

Très-mauvais conducteur du fluide électrique, il appartient à la classe des corps à la surface desquels le frottement développe l'électricité dite résineuse. Le pouvoir réfringent dont il est doué est considérable. Exposé à une température de 107 à 109 degrés C., il entre en fusion, et cristallise alors en aiguilles dont la forme est très-difficile à déterminer. Une fusion prolongée lui fait acquérir des propriétés nouvelles, change son aspect, lui donne une couleur rouge hyacinthe, et lui procure la faculté de rester mou pendant long-temps, même après qu'on l'a versé dans de l'eau froide. Quoiqu'on ait pensé que ce changement dépend de sa combinaison avec l'oxigène, on ne peut adopter cette opinion, puisque le soufre, ainsi altéré, finit par reprendre sa couleur jaune, sa friabilité, en un mot son état primitif. Le calorique peut encore le faire passer à l'état d'une vapeur jaune, qui recueillie dans un récipient, s'y liquéfie, puis se fige et cristallise confusément.

Soumis à une température un peu plus élevée que celle qui est nécessaire pour le faire entrer en fusion, il prend feu, s'il a le contact de l'air, et brûle avec une flamme bleuâtre, en émettant une grande quantité de vapeurs d'une odeur très-suffocante, qui sont de l'acide sulfureux; mais il peut encore s'unir avec l'oxigène dans deux ou trois proportions différentes, d'où résultent les acides sulfurique, hypo-sulfurique, et hypo-sulfureux. Il paraît jouir aussi de la propriété de se combiner avec tous les métaux et avec tous les corps simples non métalliques, l'azote et le bore exceptés; ces combinaisons portent le nom de *sulfures*. Il se dissout dans les huiles fixes et volatiles, et constitue ainsi un médicament, quelquefois employé à l'extérieur, qu'on désigne sous le nom de *baume de soufre*. Mélangé avec le charbon et le nitrate de potasse dans certaines proportions, il donne la poudre à canon.

Le soufre pur est très-employé en médecine. On a beaucoup disserté sur sa manière d'agir, mais il paraît certain aujourd'hui qu'on doit le ranger parmi les excitans. A dose faible, celle par exemple de quatre à six grains, il stimule légèrement les facultés digestives, sans y apporter de trouble sensible; mais à celle de dix-huit grains, un demi-gros, un gros et plus, il fait éprouver une sensation désagréable à la région épigastrique, détermine parfois aussi des coliques, et provoque des déjections alvines plus ou moins abondantes. En même temps, il donne lieu à des rapports nidoreux, et fait rendre beaucoup de gaz d'une grande fétidité. Si l'on ne force pas autant la dose, l'excitation de la membrane muqueuse est moins vive, mais elle réagit sur les autres appareils organiques, la chaleur augmente, le pouls devient plus fréquent, et la transpiration cutanée plus abondante. Si, enfin, l'on prend trois ou quatre doses de soufre pendant douze ou quinze jours, l'excitation vasculaire arrive parfois au point de provoquer des hémorragies, des crachemens de sang. De là le précepte de s'en abstenir, ou du moins de le prescrire avec ménagement, chez les sujets pléthoriques, quand les voies gastriques sont déjà le siége d'une irritation chronique, qu'il ne manquerait pas d'exaspérer, et enfin dans les maladies décidément inflammatoires.

Cette action excitante, si prononcée qu'on ne conçoit pas comment on a pu la mettre en doute, explique les bons et mauvais effets que le soufre produit dans les maladies de poitrine, suivant les circonstances, quoiqu'on ait vanté son efficacité dans les affections chroniques, surtout de l'organe pulmonaire, à tel point que divers auteurs l'appelaient autrefois le baume des poumons. Il n'est utile alors que quand l'estomac ne se trouve pas déjà irrité, et quand on en ménage assez la dose pour qu'il ne produise pas un effet purgatif, c'est-à-dire une trop forte stimulation. En partant de ces principes, on conçoit facilement quelles sont les circonstances dans lesquelles il peut être avantageux dans les affections rhumatismales et goutteuses, contre lesquelles on l'a recommandé aussi. C'est toujours comme révulsif qu'il agit alors, de même que dans les maladies de la peau, dans lesquelles on l'a présenté comme une sorte de panacée ou de remède universel, quoiqu'il n'échoue pas moins souvent, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur, que tous les autres excitans, et qu'on puisse très-bien le remplacer, dans certains cas, par les émolliens, même dans la gale, comme l'ont prouvé les essais heureux de Mouronval. Appliqué à l'extérieur, dans les cas d'une affection cutanée, il active les phlegmasies chroniques du tissu de la peau, et excite ainsi une secousse favorable à la guérison, pourvu qu'on

n'insiste pas outre mesure sur son emploi, et que l'on sache s'arrêter à temps. En un mot, tous les préceptes relatifs à l'emploi des excitans et à la révulsion lui sont applicables.

On emploie le soufre à l'état solide, ou sous la forme de vapeurs, c'est-à-dire en fumigations.

Pour l'usage interne, on le fait sublimer, afin de le débarrasser de toutes les substances étrangères; après quoi on le fait bouillir à diverses reprises dans de l'eau, qui enlève l'acide sulfureux dont la volatilisation le laisse toujours imprégné. Ainsi préparé, on l'administre à la dose de quatre à douze grains, répétée une ou deux fois par jour, soit simplement en poudre ou délayé dans un liquide, soit en pilules ou en pastilles.

Quant à son emploi extérieur, outre ses vapeurs, on le prescrit encore, incorporé dans de l'axonge, sous la forme d'onguent ou de pommade. Cette dernière porte le nom de pommade antipsorique. Elle contient presque toujours d'autres substances que le soufre, soit du chlorure de sodium, soit du sous-carbonate de potasse, etc., en proportions diverses. Le cérat soufré est aussi fort usité. Les baumes de soufre, qu'on obtient en faisant dissoudre cette substance dans différentes huiles, sont presque totalement inusités aujourd'hui.

SOUPIR, s. m., *suspirium* : inspiration lente, longue et profonde, à laquelle succède une expiration assez prompte. Le soupir, expression de la gêne et de la douleur physique, de la douleur morale et du désir, paraît dépendre de l'accumulation du sang dans les cavités droites du cœur, et avoir pour but de faciliter son passage à travers le poumon : telle est du moins la théorie qu'en donne Bichat. On peut toujours le considérer comme volontaire, en ce sens qu'il est exécuté par des muscles soumis à l'empire de la volonté; mais le plus souvent il est purement instinctif, et en quelque sorte automatique.

SOURCIL, s. m., *supercilium* : on donne ce nom à deux éminences demi-circulaires, allongées transversalement, et arquées de haut en bas, qui terminent le front et surmontent les yeux.

Les sourcils sont formés par l'arcade orbitaire de l'os coronal, qui en fait la base, par le muscle sourcilier, un peu par l'occipito-frontal, et par un tissu cellulaire plus ou moins chargé de graisse. Leur grandeur varie suivant l'âge et les individus. En général, ils sont plus larges et plus longs chez les bruns que chez les blonds. Leur extrémité interne, appelée tête, est plus épaisse que l'externe, qu'on appelle queue, et qui se termine en pointe. Un intervalle dépourvu de poils, et

appelé glabelle, les sépare ordinairement l'un de l'autre; mais quelquefois aussi ils se touchent et se confondent ensemble. Les poils qui les garnissent sont plus forts et plus raides que les cheveux, et offrent toujours la même couleur, quoiqu'on possède quelques exemples du contraire. Ces poils s'inclinent en dehors, et sont couchés à plat les uns sur les autres : ceux de l'extrémité interne sont les plus longs, et, à l'endroit où le sourcil commence à se courber horizontalement, ils acquièrent, chez certains sujets, une longueur double ou triple de celle des autres. Leur nombre varie en raison de l'épaisseur des sourcils, mais on en compte toujours moins du côté de la tempe que vers le nez. Ils sont plus abondans et plus longs chez l'homme que chez la femme, et leur longueur devient quelquefois si considérable, dans la vieillesse, qu'on est obligé de les couper de temps en temps.

Les sourcils contribuent à donner de l'âme à la physionomie, et de la grace au visage, mais souvent aussi ils en rendent l'expression dure et farouche. Ils n'exécutent que deux mouvemens, l'un qui les élève, l'autre qui les fronce et les abaisse, en les rapprochant l'un de l'autre. Leur violente contraction fait redresser les poils. De la diversité de leurs mouvemens, résultent des différences bien marquées dans la physionomie. Les partisans des causes finales leur ont assigné pour usage d'empêcher que la sueur ne coule du front sur le globe oculaire, et de modérer l'action d'une lumière trop vive, en diminuant la masse des rayons qui viennent frapper ce dernier.

Il est assez rare d'y observer des vices de conformation. La chute des poils dont ils sont garnis, et qui peut être la suite de diverses maladies exanthématiques, constitue une difformité que l'art cosmétique efface aisément, soit en appliquant des sourcils artificiels, soit en noircissant la place qu'ils doivent occuper avec de l'encre ou toute autre matière colorante.

Les plaies faites aux sourcils par un instrument tranchant sont très-faciles à réunir. Les emplâtres agglutinatifs suffisent toujours, même quand la solution de continuité pénètre jusqu'à l'os, à cause du point d'appui que lui prête ce dernier; mais, avant de les appliquer, il faut avoir soin de raser les poils. Les piqûres sont ordinairement simples; quelquefois cependant, le cuir chevelu s'enflamme et se tuméfie plus ou moins, ce qu'on attribue à la lésion de quelque filet du nerf ophthalmique de Willis. C'est le cas d'employer les émolliens, et de recourir même aux sangsues, si l'irritation se montrait intense ou durait trop long-temps. On a vu des contusions simples des sourcils donner lieu à la cécité, à des

convulsions, au délire, à un assoupissement comateux. Les auteurs ne s'accordent pas au sujet de l'explication qu'ils donnent de ces phénomènes morbides. On peut présumer que les uns tiennent à la commotion ou à la lésion du cerveau, et les autres à la lésion du nerf sourcilier, qui se transmet à la rétine par le moyen des anastomoses qui unissent les divers nerfs oculaires. Dans tous les cas, ces sortes de contusions exigent beaucoup de soins, notamment des applications fréquentes de sangsues, et une attention soutenue aux accidens qui pourraient survenir du côté de l'organe encéphalique. Les plaies contuses ne présentent aucune indication particulière; on les réunit si l'état des parties le permet; dans le cas contraire, on se comporte comme à l'égard de toutes les plaies suppurantes, à cela près seulement que, pour éviter ou diminuer la difformité, on doit chercher à en réunir les lèvres dès que l'inflammation commence à s'apaiser.

Les tumeurs des sourcils ne présentent rien de particulier. Divers insectes se multiplient facilement dans les poils qui recouvrent ces parties; ils y produisent des démangeaisons intolérables, des irritations permanentes, et souvent des éruptions dont la cause est assez difficile à distinguer pour des yeux peu exercés. Quelques frictions avec l'onguent mercuriel suffisent pour détruire les animaux qui déterminent les accidens de ce genre. Lorsque les éruptions des sourcils sont de nature dartreuse, ou quand elles ne consistent que dans l'extension de la teigne à ces parties, elles exigent l'emploi de moyens thérapeutiques opposés par la médecine aux affections dont elles semblent le résultat.

SOURCILIER, adject., *superciliaris;* qui a rapport au sourcil.

Les *arcades sourcilières* sont deux éminences presque demi-circulaires, obliques de haut en bas et de dedans en dehors, un peu plus étroites dans ce dernier sens que dans l'autre, qui se dessinent à la face externe de la portion frontale de l'os coronal, immédiatement au dessus des arcades orbitaires et au dessous des bosses frontales. Elles forment la paroi antérieure des sinus frontaux : de là vient qu'elles sont à peine visibles dans l'enfance, et qu'elles deviennent de plus en plus saillantes par les progrès de l'âge.

L'*artère sourcilière* est une branche de l'ophthalmique.

Les *échancrures sourcilières*, situées vers l'extrémité interne des arcades orbitaires, sont converties, par le moyen d'un petit ligament, en un conduit qui sert de passage à l'artère, à la veine et au nerf frontaux. Lorsqu'une production osseuse les ferme complétement, ce qui arrive quelquefois, on les désigne sous le nom de *trous sourciliers*.

Le *muscle sourcilier*, situé dans l'épaisseur du sourcil, au dessus du côté interne de l'orbite, est étroit et mince. Un petit tendon l'attache à la bosse frontale et à la partie interne de l'arcade sourcilière. Il se courbe légèrement en arcade, s'amincit peu à peu, et se termine en pointe vers le milieu de l'arcade orbitaire, endroit où il se confond avec le fronto-occipital et l'orbiculaire des paupières. Ses usages sont d'abaisser le sourcil, de le rendre plus saillant, et de le rapprocher de celui du côté opposé.

Le *nerf sourcilier* porte plus généralement le nom de nerf frontal.

SOURD, s. m. et adj., *surdus* : se dit d'un homme qui est privé de la faculté d'entendre, soit qu'il n'en ait jamais joui, soit qu'il l'ait perdue à un âge plus ou moins avancé. Dans le premier cas, on l'appelle *sourd-muet*, parce que la privation congéniale de la faculté d'entendre entraîne toujours à sa suite celle de la faculté de parler. *Voyez* SURDITÉ.

SOUS-CLAVIER, adj., *sub-clavius* ; qui est situé sous la clavicule.

Les *artères sous-clavières* sont au nombre de deux, une de chaque côté, et situées à la partie latérale et inférieure du cou, au sommet de la poitrine; elles s'étendent depuis la crosse de l'aorte jusqu'aux muscles scalènes.

Ces deux artères ne se ressemblent pas, sous le rapport de leur origine.

Celle du côté gauche provient immédiatement de la crosse de l'aorte, tandis que la droite naît du tronc innominé, dont elle est la branche externe. Telle est du moins la disposition la plus ordinaire, car elle varie quelquefois. En effet, dans certains cas, rares à la vérité, les deux sous-clavières sont fournies par l'aorte même; il peut alors se présenter deux différences principales: tantôt le tronc innominé donne la sous-clavière et la carotide droite, tandis que la sous-clavière gauche provient du côté droit, en dehors de la carotide; c'est l'anomalie la plus rare, mais celle aussi qui s'écarte le moins de l'état ordinaire des choses; tantôt la sous-clavière droite s'implante plus à gauche, jusqu'à ce qu'enfin elle soit, de tous les troncs émanés de la crosse aortique, la plus reculée à gauche, prend son origine au dessous de la sous-clavière gauche, et se porte à droite, vers le membre auquel elle correspond, en passant derrière les autres troncs, rarement d'une manière immédiate, plus souvent entre la trachée artère et l'œsophage, plus souvent encore entre ce dernier conduit et la colonne vertébrale.

La sous-clavière droite, plus superficielle que la gauche, et plus courte qu'elle de toute l'étendue du tronc innominé,

est en général aussi un peu plus volumineuse. Elle se porte obliquement en dehors et en haut, tandis que l'autre monte verticalement jusqu'auprès des scalènes, et se recourbe alors d'une manière subite en arrière, pour s'enfoncer dans leur intervalle. Légèrement recouverte d'abord par la clavicule, le muscle sterno-thyroïdien et la veine sous-clavière droite, cette artère est ensuite croisée, dans sa direction, par le nerf de la huitième paire; un espace assez marqué le sépare, en arrière, de la colonne vertébrale et du muscle long du cou; un autre triangulaire existe, en dedans, entre elle et la carotide primitive; enfin, elle avoisine, en dehors, le sommet du poumon. Celle du côté gauche, au contraire, est couverte, en devant, par le poumon, la veine sous-clavière et le nerf pneumogastrique, qui, au lieu de la croiser, s'éloigne de sa direction; elle correspond aussi, mais d'une manière éloignée, à la première côte, à la clavicule, et au muscle sterno-thyroïdien, dont un espace assez sensible la sépare; en arrière, elle s'applique immédiatement sur la colonne vertébrale et sur le muscle long du cou, cotoyant la carotide primitive, qui lui est parallèle; en dehors, elle répond, en grande partie, au poumon gauche immédiatement.

Ces deux artères parcourent un trajet considérable sans fournir aucune branche. Les premières qu'elles donnent ne sont point constantes. Assez souvent, on peut même dire presque toujours, ces branches proviennent de leur extrémité supérieure, immédiatement avant leur passage entre les scalènes; mais quelquefois les artères sous-clavières fournissent bien auparavant, et même tout près de leur origine, des rameaux assez considérables, qui se rendent à la partie supérieure du péricarde, à la trachée-artère, aux bronches et à l'œsophage, mais qui sont rarement, ou qui ne sont même jamais consacrées à ces parties seules, quoique souvent elles leur distribuent des rameaux à toutes en même temps. Lors même qu'il arrive aux artères sous-clavières de donner ces branches, ce qui est plus commun à celle du côté gauche qu'à celle du côté droit, parce qu'elle descend plus bas, elles n'en parcourent pas moins un long espace de chemin, jusqu'aux scalènes, sans laisser échapper aucune ramification; mais, une fois parvenues à ce point, elles donnent plusieurs grosses branches qui varient beaucoup, d'abord parce que les mêmes rameaux ne proviennent pas toujours des mêmes branches, ce qui fait que le calibre de ces dernières n'a rien de constant; en second lieu, parce que plusieurs d'entre elles naissent souvent par un tronc commun, d'où il suit que leur volume n'est pas moins variable que leur nombre, et enfin parce qu'elles ne se détachent pas

toujours à la même hauteur. Quoi qu'il en soit, on les distingue en supérieures ou postérieures, et en inférieures ou antérieures, dont les plus constantes sont, parmi les premières, la vertébrale et la thyroïdienne inférieure, parmi les autres, la mammaire interne et l'intercostale supérieure. Les moins constantes sont la scapulaire supérieure, la cervicale transverse, la cervicale ascendante, et la cervicale profonde.

L'artère sous-clavière est remarquable par le grand nombre de branches qu'elle fournit, et dont les orifices se pressent en quelque sorte dans le peu d'étendue que présente leur trajet. Les oblitérations spontanées de ce vaisseau sont, par cette raison peut-être, assez rares; mais lorsqu'elles ont lieu, on observe presque toujours qu'elles s'étendent à toute sa longueur et comprennent la naissance de toutes les ramifications qu'elles fournissent au cou et à l'épaule. Beauchêne, Hodgson, et quelques autres chirurgiens, ont rencontré des exemples d'oblitération de ce genre. Le seul phénomène que l'on ait observé sur les malades qui sont le sujet des observations qu'ils rapportent, est l'absence du pouls au poignet et même au bras du côté affecté. Du reste, ce membre était bien nourri, aussi vigoureux et aussi chaud que l'autre : il semblait jouir de toute l'énergie normale des mouvemens vitaux.

Lorsque, dans l'oblitération d'un point très-peu étendu de la sous-clavière, quelques-uns des vaisseaux qui en partent demeurent libres, comme la vertébrale, la cervicale postérieure ou l'intercostale, les ramifications de ces branches reçoivent, des artères avec lesquelles elles s'anastomosent, une certaine quantité de sang, qu'elles rapportent dans le tronc principal, au delà de l'endroit oblitéré. Ce cas s'est présenté une fois à l'observation. Chez les sujets dont le trajet de la sous-clavière est entièrement imperméable, le sang est obligé, pour parvenir au membre correspondant, de faire un plus long détour, et de parcourir des divisions anastomotiques plus multipliées. Il passe des artères thyroïdienne supérieure, vertébrale et occipitale, où le versent les branches de la carotide externe et la vertébrale du côté opposé, dans la branche ascendante de la thyroïdienne inférieure, de la cervicale profonde, de la transverse et de la sus-scapulaire. Puis, des branches ascendantes de ces vaisseaux, dont les orifices oblitérés ne peuvent lui livrer passage, il descend dans leurs branches descendantes, et arrive ainsi dans les ramifications supérieures de la sous-scapulaire et des circonflexes, qui le ramènent dans la fin de l'artère axillaire, d'où il se distribue ensuite au bras comme dans l'état régulier. Il est manifeste qu'alors les branches nées de la sous-clavière constituent une

longue série de vaisseaux intermédiaires, entre la carotide et la vertébrale, d'où le sang qui manque au bras doit partir, et la terminaison de l'axillaire ou le commencement de la brachiale, dans lesquelles il parvient. Les anastomoses des branches thoraciques avec les intercostales, nées de l'aorte, pourraient continuer aussi à alimenter le bras, et fournir la quantité de sang qu'il ne tirerait pas des parties supérieures.

L'artère sous-clavière ne devient presque jamais le siége de dilatations anévrismales susceptibles de nécessiter la ligature de ce vaisseau. On ne doit recourir à cette grave opération que dans les cas où le tronc de l'axillaire est blessé ou dilaté trop haut pour que les fils destinés à l'étreindre puissent être placés en dehors des muscles scalènes, ou précisément sur la portion de l'artère qui se trouve comprise entre ces faisceaux charnus. Mais les circonstances de ce genre sont extrêmement rares, parce que les tumeurs anévrismales étendues au dessus de la clavicule, assez loin pour ne pas permettre d'opérer entre les scalènes, comme le pratique Dupuytren, se prolongent presque toujours au côté interne de ces muscles, vers l'origine du vaisseau, et se refusent à toute opération. D'ailleurs, les anévrismes nés du tronc brachio-céphalique, ou même de la crosse de l'aorte, se portent quelquefois en haut, et sont étranglés par le sternum et la clavicule, de manière à former au dessus de cet os une tumeur que l'on pourrait croire fournie par la sous-clavière, et contre laquelle il faudrait bien se garder de tenter aucune opération. Allan Burns rapporte l'exemple d'une méprise de ce genre, tant la portion sus-claviculaire de la tumeur était bien circonscrite et isolée de la poitrine.

La ligature de la sous-clavière, au côté interne des muscles scalènes, présente des dangers particuliers qui dépendent de la nature des parties avec lesquelles ce vaisseau est en rapport. Ainsi, le nerf pneumo-gastrique passe immédiatement au devant d'elle, et croise sa direction; le ganglion cervical inférieur lui correspond en arrière; le nerf récurrent passe autour d'elle du côté droit, et du côté gauche la sépare de l'œsophage, contre lequel elle s'appuie un peu. La veine sous-clavière, accolée à l'artère, reste au dessous de ce vaisseau pendant qu'elle est flasque et vide, mais le recouvre entièrement et se place devant lui lorsque le sang la dilate. Le canal thoracique se trouve, du côté gauche, au devant de l'artère, à l'instant où il pénètre entre les parois de la veine. Enfin, les parois de la sous-clavière sont en contact avec la plèvre du sommet de la poitrine, et cette membrane serait très-facilement blessée par les instrumens destinés à porter la ligature

autour de ce vaisseau. Si l'on ajoute à la difficulté d'éviter toutes les parties importantes à la vie dont il vient d'être question, le danger d'ouvrir, en voulant isoler la sous-clavière, quelques-unes des grosses branches qui en partent, ou celui, peut-être plus grand encore, de voir après l'opération la circulation se continuer à travers ces branches, s'opposer à la formation du caillot, et donner lieu, après la chute de la ligature, à une hémorragie inévitablement mortelle, on ne sera pas tenté de porter les instrumens chirurgicaux sur l'artère principale du bras hors de la ligne tracée par les muscles scalènes.

Le *muscle sous-clavier*, petit faisceau charnu fusiforme, arrondi et légèrement comprimé d'avant en arrière, est situé obliquement derrière la clavicule, entre elle et le cartilage de la première côte. Né de ce cartilage, et quelquefois de la portion osseuse de la côte, au devant du ligament costo-claviculaire, par un tendon applati, il monte en dehors, et de devant en arrière, se loge dans la gouttière creusée sur la face postérieure de la clavicule, et se termine par des fibres aponévrotiques qui se prolongent jusqu'au ligament coraco-claviculaire, quelquefois même jusqu'à l'apophyse coracoïde. Les vaisseaux axillaires et le plexus brachial le séparent de la clavicule. Il a pour usage d'abaisser la clavicule, de la porter en avant, et d'élever la première côte.

Les *veines sous-clavières*, au nombre de deux, une de chaque côté, comme les artères du même nom, s'étendent depuis l'extrémité de l'axillaire jusqu'au sommet de la veine cave supérieure. Quelques anatomistes toutefois ne les font commencer, d'après Bichat, qu'au devant de l'extrémité inférieure du muscle scalène antérieur. D'autres enfin, ont proposé de n'appeler ainsi que la portion du tronc veineux comprise entre l'extrémité supérieure du muscle grand dentelé antérieur, et de donner, au reste, le nom de veine innominée.

En adoptant la délimitation fixée par Bichat, la veine sous-clavière droite est plus courte de beaucoup que celle du côté gauche, et se porte obliquement de dedans en dehors et d'avant en arrière, tandis que celle-ci a une direction presque transversale, et passe un peu en dessus de la crosse aortique, au devant de l'artère sous-clavière droite, de la carotide et de la sous-clavière gauches. La droite reçoit la thyroïdienne inférieure, l'intercostale supérieure, la vertébrale, et les jugulaires; la gauche, outre ces troncs, reçoit en outre la mammaire interne, et quelquefois des thymiques, des médiastines et des péricardines.

SOUS-CUTANÉ, adj., *sub-cutaneus ;* épithète donnée à toutes les parties qui sont situées immédiatement sous la peau. On l'applique d'une manière plus spéciale au tissu cellulaire et aux ramifications vasculaires et nerveuses.

L'artère fémorale donne, immédiatement au dessus de l'arcade crurale, une longue artériole, dont l'existence est constante, et qui porte le nom d'*artère sous-cutanée abdominale.* Cette artère remonte jusqu'à l'ombilic, entre les tégumens et l'aponévrose du bas ventre. Elle s'anastomose avec celle du côté opposé, l'épigastrique, et le mammaire interne.

SOUS-ÉPINEUX, adj., *infra-spinatus :* qui est situé au dessous de l'épine.

On appelle *fosse sous-épineuse* le portion de l'omoplate située au dessous de l'épine de cet os.

Le *muscle sous-épineux*, large, épais, et d'une forme triangulaire, naît de toute la fosse du même nom, sa partie inférieure exceptée, et se dirige d'arrière en avant et de dedans en dehors, de telle sorte que ses fibres supérieures sont transversales, et que l'obliquité des inférieures augmente d'autant plus qu'elles mêmes sont situées plus bas. Ce muscle acquiert plus d'épaisseur à mesure qu'il se porte en dehors, et se termine par un tendon qui, après s'être collé au ligament capsulaire de l'épaule, et confondu avec celui du sous-épineux, s'attache à la partie moyenne de la tubérosité externe de l'humérus. Le muscle est recouvert par le deltoïde, et un peu par le trapèze. Il porte le bras en arrière et en bas, et le fait tourner sur lui-même de dedans en dehors.

SOUS-OCCIPITAL, adj., *infra-occipitalis :* qui est situé sous l'occipital.

On appelle *nerf occipital*, un nerf considéré par les uns comme une paire cérébrale, et par d'autres, dont la plupart des modernes adoptent le sentiment, comme la première paire cervicale. En effet, il ressemble davantage aux nerfs spinaux qu'aux cérébraux.

Il naît, hors du crâne, de l'extrémité supérieure de la moelle épinière, entre la portion occipitale de l'os basilien et la première vertèbre cervicale. Quoique Haller considère l'existence de deux racines comme un fait constant, cependant, dans beaucoup de cas, peut-être même dans le plus grand nombre, il n'en a qu'une seule antérieure, qui provient du cordon antérieur de la moelle épinière. Lors même qu'il existe une racine postérieure, l'antérieure la surpasse de beaucoup en volume, et se compose de deux à sept faisceaux situés les uns au dessus des autres, tandis que la seconde racine n'en offre qu'un à trois, et très-rarement quatre, beaucoup plus petits d'ailleurs que les précédens.

Le nerf sous-occipital suit généralement une direction transversale depuis son origine jusqu'à sa sortie du canal vertébral; quelquefois cependant il se porte un peu de bas en haut et de dedans en dehors. Son tronc passe entre l'os occipital et l'apophyse transverse de l'atlas, situé dans l'échancrure latérale de la vertèbre, au dessous de l'artère vertébrale; après avoir produit un ganglion très-allongé, parfois presque imperceptible, parvenu au bord postérieur de l'atlas, il se partage en deux branches.

La branche postérieure, qui est la plus volumineuse, marche obliquement en arrière et en haut. Elle se partage en sept ou huit filets destinés aux muscles petit oblique de la tête, grand oblique, petit droit, grand droit, et complexus. Quelques-uns de ces filets s'introduisent dans l'apophyse mastoïde.

La branche antérieure se porte d'abord d'arrière en avant, le long de l'artère vertébrale, jusqu'à l'endroit où ce vaisseau sort du canal rachidien, puis elle monte entre l'apophyse mastoïde et l'apophyse transverse de l'atlas. Alors elle se partage en quatre ou cinq rameaux; l'un, qui se contourne sur cette dernière apophyse, s'anastomose avec un ou deux filets ascendans de la branche antérieure de la seconde paire, et fournit aussi quelques filets qui s'unissent avec le pneumo-gastrique, l'hypoglosse et le grand sympathique. Un autre va gagner le muscle temporal, auquel il est destiné; un troisième entre dans le canal rachidien, se distribue à l'artère vertébrale, et envoie des filets au second nerf cervical. Les deux derniers se perdent dans les muscles grand et petit droits antérieurs de la tête.

Ce nerf présente plusieurs particularités importantes : la petitesse, l'absence assez fréquente, et la situation en devant de la racine postérieure, la séparation de cette racine d'avec l'antérieure, l'anastomose de celle-ci avec le nerf accessoire ou le second nerf cervical, et la direction générale du nerf entier, établissent une grande analogie entre lui et les nerfs cérébraux, tandis que l'existence fréquente des deux racines, et la situation de son origine le rapprochent des nerfs spinaux. Ce qu'il y a de remarquable, en outre, c'est qu'à raison de la grande profondeur à laquelle il est situé, il ne distribue ses filets qu'à des muscles et à des vaisseaux, sans s'étendre jusqu'à la peau.

SOUS-ORBITAIRE, adj., *infra-orbitalis:* qui est situé au dessous de l'orbite.

L'*artère sous-orbitaire*, branche de la maxillaire interne, en naît aux environs du fond de l'orbite, et ne tarde pas à s'engager dans la gouttière et le canal du même nom. En les parcourant, elle envoie quelques ramifications dans l'orbite

et le sinus maxillaire. A sa sortie par le trou sous-orbitaire, derrière le muscle releveur propre de la lèvre supérieure, elle se partage en un grand nombre de ramuscules, qui se jettent dans les muscles de cette région, et s'anastomosent avec ceux de la dentaire supérieure, de la dorsale du nez, et de l'orbitaire.

Le *nerf sous-orbitaire*, fourni par le maxillaire supérieur, qui émane lui-même de la cinquième paire, en est la seconde branche, et se dirige d'arrière en avant, de dedans en dehors et de haut en bas, dans la fente sphéno-maxillaire, pour gagner le canal sous-orbitaire. Avant d'y arriver, il donne le nerf dentaire postérieur et supérieur; ensuite il s'y engage, et sort par le trou du même nom, dans l'intérieur duquel il se divise en deux rameaux, l'un interne, l'autre externe, quelquefois même en tous ses autres ramuscules subalternes. Arrivé ainsi à la face, il se subdivise en un nombre très-considérable de filets qui se terminent dans la peau et les muscles du nez et de la lèvre supérieure, et s'anastomosent avec ceux de la première branche principale de la cinquième paire, ainsi qu'avec les filets du nerf facial. On peut partager ces filets en trois groupes.

Le groupe supérieur n'en comprend ordinairement qu'un seul, qui sort quelquefois par un trou particulier, situé au dessus du sous-orbitaire, monte de dehors en dedans, vers la partie antérieure du muscle orbiculaire des paupières, et se partage en deux ramuscules. L'interne gagne l'angle externe de l'œil, et s'anastomose tant avec l'interne qu'avec les nerfs temporaux du facial. L'interne se dirige vers le grand angle de l'œil, envoie un rameau au nez, s'anastomose tant avec l'externe qu'avec le sous-trochléaire, et se termine dans le muscle palpébral, ainsi que dans les tégumens de la paupière inférieure, la caroncule lacrymale, et le sac du même nom.

Le grope antérieur comprend les nerfs nasaux superficiels ou cutanés, distingués eux-mêmes en interne et externe. Le premier remonte sous le muscle releveur de la lèvre supérieure, et répand dans ce muscle, ainsi que dans l'abaisseur de l'aile du nez, et les tégumens des parties moyenne et inférieure du nez ses filets qui s'étendent jusque sur le dos et au bout de l'organe, où ils communiquent avec le rameau nasal de la première branche de la cinquième paire. L'externe descend sous le releveur de la lèvre, se porte vers l'aile du nez, au dessus du releveur commun, auquel il donne des ramifications, ainsi qu'à l'orbiculaire des lèvres, et se termine à la partie inférieure de la cloison et du bout du nez, où il s'anastomose avec le rameau nasal de l'ophthalmique.

Le groupe inférieur comprend trois ou quatre nerfs, couverts d'abord par le releveur propre, qui se répandent dans ce muscle, la peau de la lèvre supérieure, l'orbiculaire, les zygomatiques et le buccal, et s'étendent même jusqu'à la membrane buccale.

Fréquemment aussi on trouve un rameau externe très-petit, qui perce le releveur de la lèvre supérieure, et va jeter ses filets, dans l'orbiculaire des paupières; quelques-uns s'anastomosent avec le nerf facial.

Le *trou sous-orbitaire*, creusé dans l'os maxillaire, aboutit à la fosse canine.

La *veine sous-orbitaire* suit la même marche que l'artère à laquelle elle correspond.

SOUS-SCAPULAIRE, adj., *infra-scapularis:* qui est situé au dessous de l'omoplate.

La *fosse sous-scapulaire* fait partie de la face par laquelle l'omoplate regarde les côtes.

Le *muscle sous-scapulaire*, large, aplati et triangulaire, occupe toute la face costale de l'omoplate. D'une structure très-compliquée, il se compose de deux ordres de faisceaux. Le premier en comprend communément cinq, qui naissent, par un sommet tendineux, de la lèvre interne du bord postérieur et des aspérités de la face antérieure de l'os. Le second, composé aussi de cinq faisceaux, tire son origine des intervalles qui existent entre les éminences d'où proviennent les précédens. Ces deux plans de fibres s'entremêlent ensemble, de manière qu'on ne peut les isoler sans employer l'instrument tranchant. Le muscle, après s'être rétréci peu à peu, passe derrière l'extrémité supérieure du coraco-brachial et de la courte tête du biceps; il se termine par un tendon court, épais et aplati, qui s'attache à toute la circonférence de la tubérosité interne de l'humérus. Ce muscle, très-puissant, rapproche le bras du tronc, et le fait tourner sur son axe, de dehors en dedans; il l'abaisse aussi, quand il est élevé; si le bras est fixé, il peut porter l'omoplate en dehors.

SPARADRAP, s. m., *sparadrapum:* nom donné par les pharmaciens à des bandelettes de peau, de toile, de taffetas ou de papier, que l'on enduit, sur l'une de leurs faces, d'une légère couche d'emplâtre. Un sparadrap bien fait doit être souple, également et légèrement recouvert, et assez agglutinatif pour adhérer facilement, mais non assez pour qu'on ne puisse pas l'enlever sans douleur, ou sans qu'il reste de traces d'emplâtre sur la peau.

SPARADRAPIER, s. m.; instrument propre à préparer le sparadrap, et dont l'effet consiste à faire passer la toile sur

laquelle on coule l'emplâtre entre une lame de fer taillée en biseau et une tablette de bois, afin que la couche d'emplâtre ait partout une épaisseur uniforme.

SPASME, s. m., *convulsio*, *spasmus*. A la vue d'une personne qui éprouve une crampe dans un membre, ou qui est en proie à l'épilepsie, aux convulsions, le vulgaire dit qu'elle a les nerfs retirés, parce qu'alors les tendons sont durs, saillans sous la peau, et réellement tirés par l'action des muscles violemment contractés. Dans les cas de ce genre, les Grecs se servaient du mot *spasme*. Mais à cette époque, les nerfs et les tendons étaient confondus sous le même nom; depuis qu'on les a distingués les uns des autres, et qu'on a reconnu que les nerfs sont seuls affectés, ou principalement lésés au moins à leur origine, dans les convulsions, le mot de *spasme* est devenu synonyme d'*affection nerveuse*, et l'on a fini par s'en servir pour indiquer non-seulement les troubles de la contraction musculaire locomotrice, mais ceux des muscles viscéraux, et enfin la souffrance de parties dénuées de fibres musculaires. Dès lors, toute *névrose*, ou maladie réputée telle, a été un *spasme*, une maladie spasmodique.

Hoffmann, rapportant toutes les maladies à des lésions du mouvement des solides et des fluides, pensait que ce mouvement pouvait être lésé de deux manières, 1° par le *spasme*; 2° par l'*atonie*. A la première classe, il ralliait d'abord les fièvres, les inflammations, les hémorrhagies, puis les douleurs, telles que la céphalalgie, la cardialgie, la douleur causée par la présence des calculs biliaires, l'iléus; la colique, la néphrétique, la cystalgie, le rhumatisme, la goutte, l'odontalgie, l'otalgie; ensuite l'épilepsie, les convulsions, la catalepsie, l'hystérie, l'hypocondrie, les palpitations du cœur, l'asthme, la coqueluche, le hoquet, le spasme de l'œsophage et du pharynx, le vomissement, la dysenterie, le cholera, la diarrhée bilieuse; enfin la convulsion interne, ou l'avortement.

Sauvages définissait le spasme : une contraction ou constante ou interrompue des muscles qui servent au mouvement local, non point à la respiration, ni à la circulation proprement, ni à la volonté. Il divisait les spasmes en toniques, subdivisés en partiels, comprenant : le strabisme, le trismus, le torticolis, la contracture, la crampe, le priapisme; et généraux, comprenant le tétanos et la catalepsie; et cloniques, subdivisés en partiels, comprenant la souris ou palpitation des fibres du muscle orbiculaire palpébral, le soubresaut des tendons, la pandiculation, les convulsions, le tremblement, la palpitation, la claudication, et l'ébrouement qui n'a guère lieu que chez les grands quadrupèdes domestiques; et généraux,

comprenant le frisson, l'éclampsie, l'épilepsie, l'hystérie, la chorée et le béribéri, tremblement convulsif des membres inférieurs, connu sous ce nom aux Indes.

Il est évident que, dans cette nomenclature, on a rangé des maladies qui ne sont point des spasmes, puisque le priapisme, par exemple, n'est point une contraction permanente ni interrompue de parties musculaires; d'un autre côté, il manque évidemment dans cette nomenclature les spasmes des muscles de la respiration, et du cœur, qui est un véritable muscle.

Cullen comprenait sous le nom de *spasme* tous les mouvemens contre nature des muscles ou de leurs fibres, soit que ces mouvemens péchassent par leur violence, leur fréquence ou la durée de la contraction. Cette définition est fort bonne en ce qu'elle limite et précise le sens de la dénomination; mais Cullen rangeait parmi les spasmes : la palpitation, la dyspnée, l'asthme, la coqueluche, la pyrose, la colique, le choléra, la diarrhée, le diabete, et la rage ou l'hydrophobie.

On a distingué le spasme en *tonique*, *clonique* et *dilatatoire* ou *érectile*. Le premier, appelé TÉTANOS, consiste dans une contraction permanente au delà de la durée la plus prolongée dans l'état de santé; le second, appelé *convulsions*, consiste dans une alternative de contraction brusque, violente, irrégulière et de relâchement subit; le troisième est très-problématique; il ne peut y avoir d'érection morbide que dans les parties où il y a parfois érection dans l'état de santé. Ce n'est que tout récemment, et par imitation de Bordeu, qu'on a voulu admettre partout l'érection et le spasme *érectile*, *dilatatoire* ou *expansif*. Il est évident qu'à mesure des progrès qu'ont fait l'anatomie pathologique et la philosophie médicale, le nombre des spasmes a diminué; c'est ainsi que la diarrhée et la dysenterie ont été rangées par Pinel parmi les inflammations. Cette réforme sera, de jour en jour, poussée plus loin; pour la rendre moins lente, il faut commencer par ne plus se servir du mot de *spasme*, sinon pour désigner collectivement les CONVULSIONS et le TÉTANOS; il faudrait un autre mot pour l'érection permanente. *Voyez* NÉVROSE.

SPATULE, s. f.; petit instrument de chirurgie et de pharmacie, en fer, argent, bois ou ivoire, dont on se sert pour étendre les onguens. Une spatule se compose d'une palette légèrement recourbée, longue de deux pouces et demi, épaisse d'une ligne et demie, terminée en pointe, que reçoit un manche irrégulièrement cylindrique, de la même matière qu'elle, et dont l'extrémité est tant soit peu recourbée.

SPÉCIFIQUE, s. m. et adj. : se dit d'un moyen thérapeutique doué d'une propriété spéciale, particulière, telle

que celle de faire vomir, de purger; de favoriser la digestion ou l'expulsion des vents; de tuer les vers; de neutraliser les acides des premières voies, les poisons; d'arrêter la diarrhée, la dysenterie; de provoquer l'écoulement de l'urine, de la sueur; de faire cesser la fièvre, la périodicité; de calmer la toux, de provoquer le sommeil; de guérir les spasmes, la migraine, etc. Pour le peuple et le vulgaire des médecins, tout est spécifique dans la matière médicale: donnez-moi, dit le malade, un remède contre le mal de dents; mâchez du tabac, répond l'empirique. On a fini par s'apercevoir et s'avouer qu'aucun médicament n'a constamment telle action curative, et que les résultats de leur impression dépend autant de l'état de l'organe qui reçoit l'agent, que de l'agent lui-même. Ainsi est tombé l'échafaudage des *anti*. On n'a plus conservé le titre de *spécifique* que pour désigner certains médicamens qui agissent plus particulièrement sur certains organes, comme, par exemple, les cantharides sur l'appareil urinaire, le mercure sur l'appareil salivaire, ou qui sont réputés presque seuls capables de guérir une maladie, comme, par exemple: le quinquina, les fièvres intermittentes; le soufre, la gale; et le mercure, la syphilis. Les progrès de la thérapeutique et ceux de la physiologie, ont fait renoncer à cette spécificité d'action curative. On n'entend plus par spécifique qu'un remède employé, *plus souvent* qu'un autre, avec succès, dans certaines maladies plutôt que dans d'autres; en ce sens, les émissions sanguines sont le spécifique de l'inflammation. Mais l'opium, par exemple, n'est pas si souvent utile que la saignée, contre la douleur. Le mot de *spécifique* est inutile et nuisible en médecine, parce qu'il ne signifie que *le plus utile*, ou bien il désigne une absurdité.

SPECULUM, s. m., nom donné à plusieurs instrumens de chirurgie, qui servent à dilater des cavités, et à les tenir ouvertes afin qu'on puisse apercevoir les maladies qui se sont établies dans leur intérieur, y porter et appliquer les remèdes, et y pratiquer les opérations nécessaires.

La plupart des instrumens de ce genre sont tombés en désuétude. Ainsi on ne se sert plus de ceux qui tendaient à tenir les paupières ou les mâchoires écartées. Cependant on emploie encore quelquefois le *speculum ani*, qui sert pour dilater l'anus, et le *speculum uteri*, qui est destiné à dilater le vagin pour découvrir le col de la matrice. Le plus simple instrument de ce dernier genre est celui de Recamier, successivement modifié par Dupuytren et par Dubois.

SPERMATIQUE, adj., *spermaticus*; qui a rapport au sperme.

Les *artères spermatiques*, ordinairement simples, mais assez souvent aussi doubles, naissent, le plus souvent, à peu de distance au dessous de la rénale, dont quelquefois cependant un intervalle assez considérable les sépare, et sont, comme elle, fournies immédiatement par l'aorte. Il est rare que leurs origines soient placées en face l'une de l'autre; dans beaucoup de cas, il y en a une qui se détache bien plus haut que sa correspondante, presque aussi en-avant que les artères capsulaires, et en faisant un angle très-aigu avec l'aorte. Il arrive assez fréquemment, mais d'un seul côté, que l'artère spermatique provient de la rénale, ou de la capsulaire, soit moyenne, soit inférieure. Bien plus rarement, elle émane d'une lombaire, de l'iliaque externe, de l'hypogastrique, et même de l'épigastrique. En général, elle descend verticalement; mais parfois aussi elle se contourne sur les vaisseaux rénaux, avant de prendre sa direction en bas et en dehors, qu'elle suit en marchant immédiatement derrière le péritoine et au devant des uretères, qu'elle croise. Celle du côté droit passe aussi devant la veine cave inférieure.

L'artère spermatique est beaucoup plus courte chez la femme que chez l'homme, parce qu'elle ne sort pas du bas-ventre; elle se distribue aux ovaires, aux trompes de Fallope, aux ligamens ronds, et à la partie supérieure de la matrice. Des anastomoses nombreuses la font communiquer avec les artères utérines.

Au contraire, chez l'homme, elle sort de l'abdomen par l'anneau inguinal, se réunit à la veine correspondante et à la partie inférieure du canal déférent, pour former le cordon spermatique, donne des ramifications à la membrane commune de ce cordon et du testicule, et se répand principalement dans ce dernier organe.

Dans son trajet, cette artère envoie supérieurement des rameaux au duodénum, au foie, au mésocolon transverse, à la capsule des reins, aux glandes lymphatiques de la région lombaire, aux uretères, et s'anastomose fréquemment tant avec les branches des artères mésentériques qu'avec celles des lombaires.

Le *cordon spermatique* s'étend depuis l'épididyme jusqu'à l'anneau inguinal. Il se compose du canal déférent, de l'artère spermatique, des deux veines, et des nerfs du même nom, enfin de tissu cellulaire, le tout enveloppé d'une gaîne fibreuse qui se continue avec la membrane de même nature appartenant à la tunique vaginale. Quelques auteurs regardent aussi le muscle crémaster comme en faisant partie, quoiqu'il soit placé en dehors de cette gaîne.

Le *plexus spermatique* est un lacis nerveux du grand sympathique, qui se continue en haut avec le plexus rénal, descend le long des vaisseaux spermatiques, s'anastomose avec les deux plexus mésentériques supérieur et inférieur, donne des filets à l'uretère, et s'étend, chez l'homme, jusqu'au testicule, chez les femmes, jusqu'à l'ovaire.

SPERMATOCELE, s. m., *spermatocele*. Il est question, sous ce nom, dans les traités de nosologie, d'une tuméfaction des testicules, que l'on attribue à la rétention du sperme dans cette glande, et à laquelle on assigne pour cause la continence volontaire ou forcée. Cette maladie s'annonce, dit-on, par des tiraillemens dans les lombes, la retraction du cordon spermatique, des douleurs qui s'étendent des testicules à la verge; les testicules et le scrotum sont tuméfiés et rouges; le cordon est gonflé aussi, et présente des espèces de nodosités de distance en distance; on éprouve de la gêne, une sorte de compression, et un sentiment de pesanteur vers le périnée et dans le fond de la cavité pelvienne. A tous ces symptômes, il est impossible de méconnaître une orchite, ou inflammation du testicule, plus ou moins aiguë, plus ou moins intense. Mais peut-on croire qu'ils soient quelquefois le résultat de la rétention du sperme dans ses canaux ou réservoirs, et de la distension qu'il fait éprouver à ces derniers? il est permis d'avoir même plus que des doutes à ce sujet. La nature a trop de moyens de se débarrasser du sperme, pour que cette liqueur puisse jamais nuire par son accumulation. Les prétendus spermatocèles qu'on trouve indiqués vaguement dans les livres, étaient ou des varicocèles ou des phlegmasies aiguës ou chroniques des testicules, provoquées par diverses causes, sans excepter même l'abus des jouissances partagées ou solitaires. Nul doute que le spermatocèle ne doive être rayé des cadres de la nosologie.

SPERMATOPÉ, adj., *spermatopoeiticus;* qui forme ou crée du sperme. Jadis on admettait l'existence de corps susceptibles, par leur introduction dans l'économie, de favoriser la formation du sperme, et de concourir, même d'une manière directe, à la production de cette humeur. On considérait surtout les laitances de poissons et les testicules de volailles comme doués de cette propriété. On ne croit plus aujourd'hui à l'existence d'aucune substance spermatopée spécifique; l'énergie vitale et particulièrement l'activité de l'appareil reproducteur, telles sont les deux principales conditions qui concourent à augmenter la sécrétion du sperme. Certains alimens, tels que truffes, artichauts, céléri, œufs, etc., qui passent encore pour activer directement la sécrétion du testicule, ou ne jouissent d'aucune

propriété sous ce rapport, ou ne l'exercent que d'une manière médiate, par l'intermède de l'estomac, et agissent en conséquence à la manière de tous les excitans des voies gastriques.

SPERMATORRHÉE, s. f., *spermatorrhœa*, *seminis fluxus*; écoulement, émission involontaire du sperme. Cette expression est préférable à celle de gonorrhée. La spermatorrhée est vulgairement appelée *pollution* diurne ou nocturne, selon qu'elle a lieu pendant le jour ou la nuit. Elle s'accompagne ou non de plaisir; elle est ordinairement l'effet d'un excès de sensibilité dans les organes génitaux, d'un attouchement involontaire, quelquefois d'une compression exercée par les mouvemens de l'extrémité anale du rectum dans l'expulsion pénible des matières fécales, lorsqu'on fait de grands efforts en raison d'une constipation marquée. Les bains froids, l'habitude de tenir les mains hors du lit, un coucher frais, des boissons astringentes, l'éloignement de toute idée voluptueuse, de tout commerce avec les femmes, de toute lecture érotique, l'exercice violent des muscles: tels sont les moyens fort simples à l'aide desquels on prévient ou l'on guérit la spermatorrhée, quand elle n'est pas arrivée à un degré incurable, par la masturbation habituelle, ou par de fréquens excès dans le coït.

SPERME, s. m., *sperma*, *semen*; liquide sécrété par les testicules, et qui sert à féconder la femme.

On connaît à peine, ou, pour mieux dire, on ne connaît pas du tout le sperme pur de l'homme. Celui qui arrive au dehors, par l'éjaculation, le seul que nous puissions examiner en certaine quantité, est un mélange de la sécrétion propre des testicules avec les diverses exhalations muqueuses fournies par tous les organes qu'il traverse pour arriver de ces glandes à l'extrémité de la verge. Examiné immédiatement après sa sortie, il paraît composé d'une partie épaisse, presque opaque, et d'une autre plus liquide, légèrement transparente; ces deux parties ne tardent pas à se liquéfier, à se confondre, et à se mêler intimement, lorsqu'elles restent exposées à l'air. La liqueur elle-même a une odeur fade, toute particulière, que l'on retrouve dans le pollen de plusieurs végétaux. Sa saveur est légèrement salée. En l'examinant au microscope, on y découvre une multitude d'animalcules, qui ont fait naître plusieurs théories de la génération, qu'on croyait oubliées depuis long-temps, quand Prévost et Dumas sont venus dernièrement essayer d'en soustraire une à l'oubli.

L'analyse du sperme, faite par Vauquelin, a donné 900 parties d'eau, 60 de mucus animal, 10 de soude, et 30 de phosphate calcaire.

SPHACÈLE, s. m., *sphacelus*, *sphacelium*, *sideratio*, *corruptio*, *gangræna*; mortification des parties molles.

SPHÉNO-ÉPINEUX, adj., *spheno-spinosus*. L'artère qui porte ce nom est connue aussi sous celui d'artère moyenne de la dure-mère. Branche de la maxillaire interne, elle rampe derrière le muscle ptérygoïdien interne, auquel elle distribue de légères ramifications, ainsi qu'au péristaphylin interne. Ensuite elle traverse le trou sphéno-épineux, pénètre dans le crâne, et se glisse sous la dure-mère, fournissant de suite un rameau qui se jette dans le hiatus de Fallope. Lorsqu'elle a atteint l'angle antérieur et inférieur du pariétal, elle suit le sillon creusé sur la face interne de cet os, et distribue de toutes parts, à la dure-mère, des ramifications qui s'anastomosent avec celles du côté opposé et beaucoup d'autres artérioles.

Le *trou sphéno-épineux*, appelé aussi petit-rond, s'étend depuis la face supérieure des grandes ailes du sphénoïde, jusqu'à la fosse zygomatique, où il s'ouvre.

Le *veine sphéno-épineuse* accompagne l'artère, et se jette dans la veine maxillaire interne.

SPHÉNOIDAL, adj., *sphenoïdalis*, qui a rapport ou qui appartient au sphénoïde.

Les *apophyses sphénoïdales* sont au nombre de deux : l'une est une éminence rostriforme, qui traverse la face inférieure du corps du sphénoïde, d'arrière en avant, et se loge dans un enfoncement du bord supérieur du vomer; l'autre appartient à l'os du palais, et se voit sur le bord supérieur de sa portion verticale. Cette dernière concourt à former le sommet de la fosse zygomatique et une portion des fosses nasales. Elle s'articule avec le corps du sphénoïde supérieurement, où elle présente, en dehors, une petite gouttière que l'apophyse ptérygoïde convertit en un trou appelé ptérygo-palatin. Par son bord antérieur, elle contribue à former le trou sphéno-palatin.

Le *cornet sphénoïdal* est une lame mince et recourbée qui forme la paroi inférieure du sinus de ce nom. Séparé du corps de l'os, dans la jeunesse, il s'y soude d'une manière si intime, par les progrès de l'âge, qu'on ne peut parvenir à l'en séparer. Quelquefois cependant il s'unit à l'ethmoïde. Il varie beaucoup selon les sujets.

L'*échancrure* ou *fente sphénoïdale* est appelée aussi *sphéno-orbitaire*.

La *selle sphénoïdale*, pituitaire ou turcique, est une excavation de la face supérieure du corps du sphénoïde, enclavée entre les quatre apophyses clinoïdes, qui loge la glande pi-

tuitaire. Elle varie beeaucoup en raison de sa forme, de son ampleur et de sa profondeur.

La *suture sphénoïdale* est celle qui sépare l'os sphénoïde du frontal, dans presque toute sa longueur. Elle touche seulement aux pariétaux par ses deux extrémités. Elle représente une ligne courbe, concave en devant, qui règne obliquement au fond de chaque orbite, et qui, arrivée à l'angle externe de cette cavité, se porte directement en arrière, dans la fosse temporale, jusqu'à ce qu'elle soit arrivée à l'os des tempes.

Les *sinus sphénoïdaux* sont deux cavités creusées dans l'épaisseur du corps du sphénoïde, et séparées l'une de l'autre par une cloison qui s'articule en devant avec le bord postérieur de la lame perpendiculaire de l'ethmoïde. Il est assez ordinaire qu'ils diffèrent beaucoup l'un de l'autre sous le rapport de leur structure intérieure, du nombre des cloisons, et par conséquent aussi de celui des locules. Quelquefois, ils communiquent avec la selle turcique par le moyen d'une ouverture située au fond de cette dernière. Ils n'existent pas chez les enfans, et ne se développent même pas chez tous les adultes. Cependant ils se creusent en général de plus en plus par les progrès de l'âge; un prolongement de la membrane pituitaire les tapisse. Ils s'ouvrent à la face antérieure du corps du sphénoïde par deux trous assez larges pour permettre l'introduction d'une plume à écrire, et qui communiquent avec les cellules ethmoïdales postérieures. On a parfois trouvé des excroissances polypeuses dans leur intérieur.

SPHÉNOIDE, s. m. et adj., *sphenoïdes*, qui a la forme d'un coin.

On appelle ainsi un os impair, situé à la base du crâne, dont il occupe la partie moyenne et un peu antérieure. Tous les autres os de cette boite s'appuient sur lui, et il remplit à leur égard le même office que la clef dans une voûte. C'est le plus compliqué de tous les os du corps, tant sous le rapport de sa configuration que sous celui de son développement. On le partage en sept parties, le corps et six apophyses, appelées grandes ailes, petites ailes, et apophyses ptérygoïdes.

Il n'existe que quatre faces au corps qui, par les côtés, se continue avec les grandes ailes. L'antérieure offre une petite éminence fort mince, qui s'articule avec le bord postérieur de la lame criblée de l'ethmoïde, puis une ligne médiane peu saillante, sur les côtés de laquelle se trouvent deux larges enfoncemens qui logent les nerfs olfactifs; plus loin, une gouttière transversale qui correspond au chiasma des nerfs optiques; plus en arrière encore, la fosse sphénoïdale, et, sur les

côtés de celle-ci, deux larges excavations peu profondes qui reçoivent les sinus caverneux. La selle turcique est bornée en arrière par une arête saillante, qui porte de chaque côté un petit crochet appelé apophyse clinoïde postérieure. La face inférieure offre l'apophyse sphénoïdale, qui s'articule avec le vomer, et sur les côtés de laquelle règne une gouttière, que l'os palatin convertit en un trou appelé ptérygo-palatin. A la face antérieure, on aperçoit, outre les deux orifices des sinus sphénoïdaux, des inégalités qui s'articulent avec l'os palatin et avec les masses latérales de l'ethmoïde. La face postérieure, en s'articulant avec l'os occipital, donne naissance à la suture basilaire, qui n'existe guère que chez les jeunes gens, et qui s'efface presque toujours chez l'adulte.

Les petites ailes, ailes orbitaires, ou ensiformes, ou apophyses d'Ingrassia, sont deux éminences qui procèdent de la face supérieure du corps, et qui se dirigent presque horizontalement en dehors; elles ont une forme triangulaire. Leur bord antérieur s'articule avec la portion orbitaire du coronal. La postérieure représente une vive arête un peu concave, qui sépare les fosses moyenne et antérieure de la base du crâne, et qui se termine, presque vis-à-vis des apophyses clinoïdes postérieures, mais un peu plus en dehors, par un crochet nommé apophyse clinoïde antérieure. C'est au dessous de ce crochet que l'artère carotide interne s'insinue dans une échancrure, qu'une production cartilagineuse ou une languette osseuse convertit quelquefois en un trou complet. La base des petites ailes du sphénoïde est percée du trou optique.

Les grandes ailes, ou ailes temporales, sont fort étendues et recourbées de haut en bas. Leur face supérieure fait partie de la fosse moyenne et latérale de la base du crâne; on y remarque, outre un grand nombre de légers sillons et d'impressions digitales, les trous grand rond, ovale et petit rond. La face extérieure, un peu concave, forme la plus grande partie de la paroi externe de l'orbite. L'externe est partagée, par une crête à laquelle s'attachent les aponévroses du muscle temporal, en deux portions, dont l'une, dirigée en dehors, contribue à produire la fosse temporale, et dont l'autre, tournée en dedans, fait partie de la fosse zygomatique : le bord antérieur s'articule d'abord avec l'os jugal, puis appartient à la fente sphéno-maxillaire. L'externe est concave et s'articule avec la portion squameuse du temporal. L'interne s'articule avec les parties latérales inférieures du bord supérieur du coronal, puis se prolonge sous l'arcade orbitaire, avec laquelle il produit la fente sphénoïdale. L'extrémité supérieure et antérieure s'articule avec l'angle antérieur et inférieur du pariétal. L'in-

térieure et postérieure se termine par l'apophyse épineuse, petite éminence qui est reçue dans l'angle rentrant formé par la réunion des portions pierreuse et squameuse du temporal.

Les apophyses ptérygoïdes, qui naissent de la face externe des grandes ailes, entre les trous maxillaires supérieur et inférieur, ont été décrites à l'article *ptérygoïde*.

Le sphénoïde s'articule avec le vomer, les os palatins, les jugaux, quelquefois, mais rarement, les maxillaires supérieurs, et tous les os du crâne. Il fait partie des trois fosses antérieures, des trois fosses moyennes et de la fosse postérieure moyenne de la base du crâne, de la fosse temporale, de l'orbitaire, de la zygomatique, de la gutturale et des nasales. Les muscles droits inférieurs, releveurs de la paupière, droits internes et droits externes de l'œil, les grands obliques, les temporaux, les ptérygoïdiens internes et externes, et les péristaphylins externes y prennent leurs attaches.

Cet os est l'un des derniers de ceux du crâne qui quittent l'état cartilagineux. Il le conserve encore tout à fait dans l'embryon de huit semaines. Au troisième mois, il offre un germe osseux de chaque côté, dans les grandes ailes, de sorte qu'alors il est composé de deux pièces seulement. Vers la fin de ce mois, on trouve quatre pièces, deux de chaque côté, qui représentent les grandes ailes et la lame interne des apophyses ptérygoïdes. Un peu plus tard, un germe triangulaire paraît à peu près vers le milieu du bord externe de chaque trou optique. A cette époque, le nombre des pièces est de six, et le corps de l'os n'offre encore qu'une masse cartilagineuse. Mais, vers le quatrième mois, à ces noyaux, il s'en joint deux autres, placés l'un à côté de l'autre, en avant et en bas du corps. Celui-ci se développe ensuite davantage, parce qu'il paraît de chaque côté un germe transversal en dehors, entre la grande aile et les deux premiers germes; ceux-ci se soudent bientôt aussi l'un avec l'autre. A cinq mois, on compte neuf ou dix pièces, trois ou quatre pour le corps, deux pour les grandes ailes, deux pour la lame interne de l'apophyse ptérygoïde, et deux pour les petites ailes. A six mois, il y en a deux paires de plus, dans la racine interne de la petite aile, au bord du trou optique, et tous ont changé de forme, c'est-à-dire qu'ils ont tous grossi, et qu'en s'étendant ils se sont sensiblement rapprochés les uns des autres, surtout dans les grandes et les petites ailes, qui ont acquis beaucoup plus de largeur. A sept mois, il y en a quelquefois jusqu'à treize, deux pour les grandes ailes, deux pour les petites, trois pour le corps, et deux autres, minces et adossées, entre ce dernier et les petites ailes. Un peu plus tard, leur nombre est diminué de trois;

les trois noyaux du corps sont soudés ensemble, et les deux petits dont il vient d'être parlé le sont également. Depuis lors leur nombre va toujours en diminuant, par leur soudure successive; les deux petites ailes s'unissent ensemble, puis elles se confondent avec le corps, et enfin celui-ci se joint aux grandes ailes; alors, et long-temps seulement après la naissance, se forme le corps de l'os, qui ne se réunit que fort tard avec le reste. Ainsi le sphénoïde est composé successivement de deux, quatre, six, huit, neuf, dix, onze, treize, six, cinq, quatre, trois et deux pièces. Il doit naissance à l'assemblage de seize germes osseux, quatre pour les grandes ailes, quatre pour les petites, et deux pour le corps. Ce sont les observations de Meckel qui nous ont fait connaître, d'une manière complète, ce mode compliqué de développement.

SPHÉNO-MAXILLAIRE, adj., *spheno-maxillaris:* qui a rapport aux os sphénoïde et maxillaire.

La *fente sphéno-maxillaire*, appelée aussi *orbitaire inférieure*, est située à l'angle externe et inférieur des fosses orbitaires, et formée par la moitié du bord antérieur des grandes ailes du sphénoïde, par le bord externe de la portion orbitaire de l'os maxillaire, et un peu par l'os de la pommette, ainsi que par celui du palais. Plus étroite à sa partie moyenne qu'à ses deux extrémités, elle se prolonge un peu en descendant dans la fosse temporale. C'est par elle que divers filets du rameau lacrymal du nerf ophthalmique passent de l'orbite dans la fosse temporale.

SPHÉNO-OCCIPITAL, adj., *spheno-occipitalis:* qui appartient au sphénoïde et à l'os occipital.

On appelle *os spheno-occipital* le sphénoïde et l'occipital, quand ils sont soudés ensemble par l'ossification du cartilage interposé entre la face postérieure du corps du premier et l'antérieure de l'apophyse basilaire du second. Le cartilage s'efface presque toujours chez les sujets avancés en âge.

La suture basilaire a aussi reçu le nom de *suture sphéno-occipitale.*

SPHÉNO-ORBITAIRE, adj., *spheno-orbitaris;* qui appartient au sphénoïde et fait en même temps partie de l'orbite.

La *fente spheno-orbitaire*, qu'on appelle encore *orbitaire supérieure*, est située au dessous du rebord aigu qui sépare l'une de l'autre les fosses antérieure et moyenne de la base du crâne, entre les grandes et les petites ailes du sphénoïde. Elle part de l'angle antérieur de la selle turcique pour se porter obliquement en dehors et en avant. Beaucoup plus large postérieurement qu'antérieurement, elle communique avec le

fond de la cavité orbitaire, dans laquelle elle transmet la branche ophthalmique de la cinquième paire, la troisième, la quatrième et la sixième paires entières, l'artère orbitaire interne et la veine ophthalmique.

SPHÉNO-PALATIN, adj., *spheno-palatinus;* qui appartient aux os sphénoïde et palatin.

L'*artère sphéno-palatine*, branche ou continuation de la maxillaire interne, qui est quelquefois double, se distribue entièrement à la membrane pituitaire, et s'anastomose avec la labiale supérieure, la sous-orbitaire, la pharyngienne et la palatine. Un de ses rameaux, après avoir parcouru diverses cellules de l'ethmoïde, se glisse dans une fente placée sur le côté de l'apophyse *crista galli*, et parvient ainsi dans le crâne. Un autre traverse le trou incisif, et va se perdre dans la membrane du palais.

La *crénelure sphéno-palatine* est une échancrure ovalaire, profonde et plus large en bas qu'en haut, que laissent entre elles les deux lames osseuses séparées qu'on aperçoit au bord postérieur de la portion verticale de l'os du palais. Elle reçoit le bord antérieur et convexe de l'apophyse ptérygoïde.

L'*échancrure sphéno-palatine*, qui sépare l'une de l'autre les apophyses orbitaire et sphénoïdale du bord supérieur de la portion verticale de l'os du palais, est souvent convertie en un trou appelé sphéno-palatin, ou palatin, suivant que le sphénoïde concourt à sa formation, ou qu'il ne doit naissance qu'au palatin seul. Ce trou donne en partie dans le nez, et sert en partie aussi d'orifice au canal sphéno-palatin, petit conduit qui descend entre l'os du palais et l'apophyse ptérygoïde, et qui finit par s'ouvrir vers l'angle postérieur de la voûte du palais, par un autre trou appelé palatin postérieur. Ce trou livre passage au rameau sphéno-palatin de l'artère maxillaire interne, à quelques veines, et à la branche interne du ganglion sphéno-palatin.

Le *ganglion sphéno-palatin*, ou de *Meckel*, est rougeâtre, triangulaire, et placé au côté externe du trou du même nom, dans le sommet de la fosse zygomatique. Il reçoit deux rameaux du nerf maxillaire supérieur, plus un autre rameau connu sous le nom de nerf vidien. Quant à ceux qu'il fournit, on les appelle palatins postérieurs et sphéno-palatin.

Le *nerf sphéno-palatin*, qui sort de la partie interne du ganglion, pénètre dans les fosses nasales par le trou dont il porte le nom, et se distribue à la portion de membrane muqueuse qui en tapisse la partie postérieure et supérieure. Une de ses branches, qui va de la partie postérieure de la paroi supérieure des fosses nasales à la cloison qui les sépare, se

porte ensuite dans la voûte palatine, en traversant le trou palatin antérieur, s'unit à celui du côté opposé, et forme un ganglion derrière les dents incisives.

La *veine sphéno-palatine*, branche de la maxillaire interne, s'écarte très-peu de la distribution de l'artère dont elle porte le nom.

SPHINCTER, adj. et s. m., *sphincter*; nom donné à plusieurs muscles annulaires qui servent à resserrer ou à clore certains conduits.

Les *sphincters de l'anus* sont au nombre de deux, l'externe et l'interne.

L'externe est mince, aplati, et fendu dans son milieu, pour le passage de l'anus. Il s'attache au sommet du coccyx, par une espèce de tendon cellulaire. Une partie des fibres de la partie antérieure, formée par la réunion de ses deux languettes, s'entrelace avec le bulbo-caverneux, et l'autre se perd dans le tissu cellulaire. Ce muscle a pour usage de fermer l'anus et de froncer la peau des environs. Il oppose à la sortie des matières fécales un obstacle qui ne peut être vaincu que par la contraction des muscles du bas ventre et du diaphragme. Sa paralysie entraîne leur incontinence. Il est sujet à des constrictions spasmodiques très-gênantes, toutes les fois que l'extrémité anale du rectum se trouve le siége d'une vive irritation, surtout chronique. Oblong chez l'homme, où son plus grand diamètre s'étend d'avant en arrière, il est, chez les femmes, plus large, plus fort, et plus circulaire, principalement à sa partie moyenne.

L'interne n'est en réalité qu'un développement des fibres circulaires du rectum. Il représente un anneau aplati, situé immédiatement sous la peau, ayant trois ou quatre lignes de haut, sur deux à peu près d'épaisseur, et qui dépasse les fibres longitudinales de l'intestin.

Le *sphincter du vagin* est une couche musculaire mince, allongée et arrondie, qui entoure l'extrémité supérieure des parties génitales externes de la femme, à la hauteur des petites lèvres, se confond, en arrière, avec l'extrémité antérieure du sphincter externe de l'anus, et s'attache, en devant, aux branches et au corps du clitoris. Il contribue à rétrécir l'entrée du vagin.

SPICA, s. m.; nom donné par les chirurgiens à un bandage dont les circonvolutions représentent assez bien les rangées d'un épi de blé.

Le spica de l'épaule demande une bande large de trois doigts, sur six aunes de long, et roulée à un seul globe. On en pose le chef sous l'aisselle; on le porte de derrière en devant, en croisant obliquement les deux épaules; on passe sur la tête de l'humérus, puis sous l'aisselle; on vient de la croiser sur le

deltoïde, on descend obliquement sur la partie antérieure de la poitrine, et on ramène la bande sous l'autre aisselle, où on en assujettit l'extrémité. On recommence ensuite trois ou quatre fois, en faisant, à chaque fois, une doloire; on entoure la partie supérieure du bras d'une circulaire, puis on remonte, et l'on ramène la bande sous l'autre aisselle, pour terminer par des circulaires autour du corps.

Ce bandage sert dans les luxations de l'humérus, et dans celles de l'extrémité sternale de la clavicule; mais, dans ce dernier cas, on fait les croisés, non pas sur la tête de l'humérus, mais bien sur la clavicule.

Le spica de l'aine s'exécute en posant le chef de la bande sur l'épine antérieure de l'os coxal du côté malade, descendant obliquement sur l'aine, entre la cuisse et les parties génitales, entourant la cuisse en arrière, revenant faire un croisé sur l'aine en devant, conduisant la bande sur les pubis, au dessus de l'os coxal du côté opposé, entourant le corps au dessus des fesses, et revenant sur le bout de la bande, pour répéter quatre ou cinq fois le même trajet, en faisant des doloires, et terminant par des circulaires autour du corps.

Ce bandage est employé dans les cas de bubonocèle. Lorsqu'on s'en sert dans celui de luxation du fémur, les croisés se font non pas sur l'aine, mais sur la partie interne et supérieure de la cuisse.

SPIGELIE, s. f., *spigelia*: genre de plantes de la pentandrie monogynie, L.; et de la famille des gentianées, J., qui a pour caractères: calice à cinq divisions, corolle en entonnoir, à tube plus long que le calice, à limbe divisé en cinq découpures égales; capsule biloculaire, quadrivalve, polysperme.

Deux espèces de ce genre figurent dans la matière médicale.

La *spigélie anthelmintique*, *spigelia anthelmintica*, plante de l'Amérique méridionale, est employée, dans son pays natal et en Angleterre, comme vermifuge. On l'administre en poudre, à la dose de vingt-quatre à trente-six grains, et en décoction, à celle de deux à quatre onces par pinte d'eau, dont on fait prendre trois ou quatre onces, trois ou quatre fois par jour. Son action sur l'organisme est mal connue. Cependant on ne peut guère douter qu'elle n'appartienne à la nombreuse classe des excitans, puisque, prise en quantité un peu considérable, elle peut provoquer des vomissemens, ou la purgation, et occasioner même des éblouissemens, des vertiges.

La *spigélie du Maryland*, *spigelia Marylandica*, qui porte le nom de son pays natal, passe pour jouir des mêmes propriétés que la précédente, qu'elle remplace dans les officines de l'Amérique septentrionale.

Ni l'une ni l'autre de ces deux plantes n'est usitée en France.

SPINA BIFIDA; nom que l'on donne aux tumeurs formées par l'accumulation de la sérosité à la partie inférieure de la colonne vertébrale, chez les enfans atteints d'hydrorachis. Les tumeurs de ce genre, produites par l'écartement des lames des vertèbres, sont ordinairement situées aux régions lombaire ou sacrée. Elles présentent un volume plus ou moins considérable, une consistance médiocre, une fluctuation manifeste. Lorsqu'on les comprime, elles disparaissent en totalité ou en partie, et souvent des convulsions ou de l'assoupissement surviennent, déterminés qu'ils sont par la compression que le liquide, refoulé au dedans, exerce sur la partie supérieure de la moelle et sur le cerveau.

Le spina bifida est généralement considéré comme le signe d'une maladie toujours mortelle, et presque tous les praticiens ont renoncé à lui opposer des moyens actifs de guérison. Cependant, il est, à ce sujet, des distinctions à établir, et la chirurgie ne doit pas être, dans tous les cas, condamnée à l'inaction : ses tentatives les plus hardies ont été quelquefois couronnées de succès. Lorsque la tumeur vertébrale existe en même temps qu'une hydrocéphale interne, tous les moyens extérieurs de traitement hâteraient il est vrai la mort, en accélérant l'accumulation de la sérosité dans le crâne, et en augmentant la compression du cerveau. L'espoir d'obtenir quelque soulagement doit encore être banni, chez les sujets dont le spina bifida s'accompagne de paralysie des membres abdominaux et de déjections alvines involontaires, parce que la moelle épinière est alors désorganisée dans une portion plus ou moins considérable de son étendue. Il en est de même lorsque la tumeur vertébrale s'est ouverte à l'instant de la naissance, ou peu de temps après. Les essais de réunion de la plaie et de compression de la poche anormale, ont, dans ces occasions, toujours échoué. Enfin, lorsque le spina bifida est très-considérable et compliqué de l'écartement d'un grand nombre de vertèbres, la distension extrême de la moelle épinière ou sa compression trop forte rendent encore la maladie presque constamment incurable.

Les cas malheureux dont il s'agit sont les plus nombreux, et c'est par cette raison, sans doute, que le traitement chirurgical du spina bifida réussit rarement. Toutefois, chez les sujets dont la tumeur dorsale était médiocre, non accompagnée du développement insolite du crâne, de paralysie des parties inférieures du corps, ou de convulsions, la compression et la ponction de la poche hydrorachitique, ont été exécutées avec un entier succès. Abernethy et Astley Cooper ont spéciale-

ment préconisé ces méthodes de traitement. Ce dernier employa avec succès, sur plusieurs enfans, une compression de la tumeur, rendue de plus en plus forte, de manière à en opérer, en un temps plus ou moins long, la réduction complète. Chez deux sujets, traités suivant cette méthode, un brayer, analogue à celui que l'on emploie pour contenir les hernies ombilicales, fermait l'ouverture du canal rachidien, s'opposait à la sortie du liquide, et permettait aux malades, arrivés par ces soins à l'adolescence, de se livrer aux jeux et aux études de leur âge. Sur deux autres sujets, la tumeur hydrorachidienne fut, à un grand nombre de reprises, ouverte avec une aiguille fine, de manière à en extraire, à chaque ponction, une ou deux onces de liquide. Chez un de ces malades, la peau devint flasque dans toute l'étendue que la tumeur occupait; elle contracta des adhérences à son milieu avec l'ouverture vertébrale, ce qui lui donnait l'apparence d'un ombilic, et le malade fut guéri d'une manière radicale. L'autre sujet fut, après la ponction, soumis à l'usage du brayer, et la tumeur put être contenue.

Nous sommes loin de conseiller, d'une manière générale, l'emploi des procédés dont il vient d'être question. Des résultats funestes, et l'accélération de la mort des sujets, ont été quelquefois la suite de leur usage. Il est à considérer cependant que le spina bifida constitue une lésion incurable par les agens médicinaux internes, et que les individus qui en sont atteints succombent ordinairement après un temps assez court, la maladie continuant de faire chez eux des progrès, jusqu'à ce que les parties centrales du système nerveux soient désorganisées ou comprimées assez fortement pour cesser leurs fonctions. Dans des cas aussi graves, l'art est autorisé à tenter, comme ressource dernière, l'usage de procédés d'ailleurs incertains, et qui ne peuvent amener une issue plus fâcheuse que ne le ferait certainement la maladie abandonnée à elle-même. On ne doit pas perdre de vue que les sacs accidentels des membranes séreuses tendent toujours à devenir le siége d'une accumulation de liquide, qui de là reflue dans la cavité principale, et tend à l'occuper plus ou moins complétement. L'hydrocèle congéniale des enfans et des adultes, dont la tunique vaginale ne s'est point séparée du péritoine, atteste assez ce fait. Chez les hydrorachitiques, la tumeur étant réduite, le canal vertébral, dont l'ouverture se trouve fermée, ne laisse plus sortir les méninges, toute accumulation locale de liquide se trouve prévenue, et l'ordre normal peut se rétablir, à peu près comme cela a lieu après le reflux de la sérosité dans l'abdomen, et l'application du brayer, qui prévient sa chute ultérieure dans la cavité testiculaire. Le bandage, à l'aide duquel on contient la tumeur rachidienne, doit être porté, par le sujet, durant

toute sa vie. Lorsqu'on en discontinue l'emploi, la tumeur reparaît bientôt, fait des progrès plus ou moins rapides, et la maladie reprend toute sa gravité. La cure n'est donc que palliative; elle ne devient radicale que par la formation d'adhérences qui unissent solidement la surface interne de la poche aux bords de l'ouverture par laquelle sortaient les membranes vertébrales. Il est à regretter que des ouvertures de cadavres n'aient pas permis de constater alors positivement l'état dans lequel se trouvent les parties.

Au reste, la compression des tumeurs qui accompagnent le spina bifida nous semble moins dangereuse que leur ponction, alors même que celle-ci est exécutée avec les instrumens les plus déliés. On peut toujours cesser la premiere, si elle fait naître des accidens trop graves, et rétablir les choses dans leur premier état. L'irritation et la phlogose dont l'autre peut être suivie, ne sauraient ordinairement être arrêtées par aucun moyen; et lorsqu'elles sont intenses, la mort est toujours la suite de leur développement.

SPINA-VENTOSA; mots latins qui servent à désigner certaines tumeurs avec raréfaction et amincissement du tissu osseux. L'histoire de cette maladie présente un exemple remarquable du vague et de l'incertitude que le défaut de recherches approfondies d'anatomie pathologique a laissé régner jusqu'à présent sur la nature et les formes des maladies des os. Les descriptions les plus exactes du *spina-ventosa* laissent dans l'esprit une telle incertitude qu'on ne saurait, d'après elles, tracer une ligne exacte de démarcation entre cette maladie et l'exostose, ou la carie avec tuméfaction des os. Il faut donc remonter plus haut; et, pour donner des idées nettes du sujet qui nous occupe, examiner qu'elles parties sont primitivement affectées, et produisent ensuite les désordres que l'on observe dans le tissu osseux.

Le nom de *spina-ventosa* doit être banni du langage d'une pathologie exacte. Il ne signifie rien par lui-même, et ne peut que faire méconnaître la nature de la maladie à laquelle on l'applique. Celle ci consiste essentiellement dans l'irritation et la phlogose chronique de la membrane interne des os. Comme toutes les autres parties du corps, cette membrane, enflammée à des degrés divers, et chez des sujets de constitutions différentes, produit des résultats variés : tantôt elle se sépare des lames osseuses internes, et donne lieu à des nécroses; tantôt sa surexcitation entraîne une nutrition plus active, et l'os augmente seulement de densité en même temps que de volume; tantôt du pus étant sécrété dans les cavités qu'elle tapisse, des abcès osseux ou des caries surviennent; tantôt enfin ses phlegmasies donnent naissance à des développemens fongueux, à des accumu-

lations de matières anormales, solides ou à demi-fluides, qui écartent les parois des os, les dilatent, les raréfient, les transforment en des espèces de coques minces et fragiles. Cette dernière forme de la maladie est ce que les auteurs désignent sous le titre barbare de *spina ventosa*.

Chez les sujets scrofuleux, il n'est pas rare d'observer des tuméfactions considérables, indolentes ou douloureuses, des os courts du tarse et du carpe. Elles sont ordinairement produites par l'inflammation de la membrane interne des organes affectés, qui sont alors gorgés d'un liquide gélatiniforme, rougeâtre, quelquefois sanieux et purulent. L'irritation et l'ulcération des parties molles voisines terminent fréquemment ces maladies, et laissent voir le tissu osseux ou nécrosé en partie, ou atteint de caries profondes, et fournissant un pus visqueux et mal élaboré. Souvent les parties affectées continuent de remplir leurs fonctions pendant très-long-temps, et la douleur ainsi que la fièvre ne se développent qu'à l'époque où l'inflammation, devenue aiguë, opère des changemens plus ou moins considérables et des altérations nouvelles dans la tumeur.

Les os cylindriques sont plus souvent que les autres atteints, chez les adultes, de la phlogose médullaire dont le *spina-ventosa* est la suite. Cette affection se développe alors aux parties les plus voisines des extrémités articulaires. Le tibia et le fémur, près des genoux, la tête de l'humérus, la partie supérieure des os de l'avant-bras, telles sont les portions du squelette sur lesquelles on l'a observée le plus ordinairement. Des douleurs internes, persévérantes, continues, tantôt vives et donnant lieu à des élancemens, tantôt obscures et même difficiles à bien sentir, annoncent le premier degré de la maladie. Après un temps plus ou moins long, l'os paraît tuméfié dans toute sa circonférence, et il acquiert graduellement un volume double, triple ou quadruple de celui qui lui est naturel. La surface de la tumeur se couvre d'irrégularités. La dureté uniforme qu'elle présentait d'abord fait place à des ramollissemens partiels, qui donnent, en divers endroits, la sensation d'un corps mou, à demi liquide et presque fluctuant. A cette époque, la peau s'enflamme, s'ulcère; un pus de mauvaise nature s'écoule en quantité médiocre des plaies; celles-ci restent blafardes, donnent quelquefois issue à des végétations difficiles à réprimer; la constitution du sujet s'altère, les forces disparaissent, la maigreur générale fait de rapides progrès, et le sujet épuisé succombe enfin, après avoir éprouvé les sueurs et le dévoiement colliquatifs qui terminent la plupart des maladies chroniques extérieures.

En ouvrant les tumeurs de ce genre, on trouve la cavité formée par le tissu osseux raréfié, remplie ou d'une substance

fongueuse, ou d'une matière jaunâtre, grisâtre, consistante, quelquefois lardacée, et, dans d'autres circonstances, analogue au plâtre ramolli ou au caséum. Il y a, chez quelques sujets, une grande analogie entre elle et la substance que l'on trouve dans les tubercules non suppurés. Il est évident que c'est à l'accumulation de ces produits variés de l'irritation de la membrane médullaire, que les os atteints de *spina ventosa* doivent leur augmentation de volume et leur forme irrégulière. Aussi, dans une foule de modifications accidentelles, dépendantes, ou de l'abondance, ou de la densité, ou de la rapidité de sécrétion des matières formées, tantôt on trouve le cylindre osseux développé en forme de cage, tantôt il présente des cavités irrégulières, tantôt il conserve beaucoup d'épaisseur, ou ne présente qu'une sorte de membrane ou de réseau, à demi élastique, et cédant à la plus légère pression. Ces particularités secondaires, et presque insignifiantes, semblent avoir seules fixé l'attention des pathologistes, tant ils les ont décrites avec étendue et complaisance.

Le *spina-ventosa* des enfans se termine quelquefois par résolution à l'époque de la puberté. Chez d'autres sujets, les ulcérations qui s'étaient formées livrent passage à des portions nécrosées des os, puis se cicatrisent, laissant après elles les parties déformées et plus ou moins volumineuses, mais susceptibles de reprendre l'exercice normal de leurs fonctions. Il est rare que la maladie ait une terminaison aussi heureuse chez les adultes. Cependant, la tumeur, après avoir acquis un volume déterminé, devient quelquefois stationnaire; l'inflammation semble s'y éteindre, la douleur disparaît, et l'os malade revient à toute la liberté de ses mouvemens. Il ne diffère des autres que parce qu'une matière étrangère, presque inerte, engoue ses cavités aréolaires, après en avoir écarté les parois.

Le traitement de la maladie qui nous occupe doit être le même que celui de toutes les inflammations chroniques du tissu osseux. Des applications émollientes, des saignées locales répétées, le repos des parties affectées, des soins généraux appropriés à la constitution du sujet, tels sont les moyens qui doivent être mis en usage. On a proposé d'inciser au loin les parties molles qui recouvrent les os tuméfiés, d'ouvrir la cavité de ceux-ci et d'y plonger le cautère actuel, espérant qu'après en avoir déterminé la nécrose complète, la nature s'occuperait à la fois et de la séparation du séquestre et de la régénération des parties frappées de mort. De semblables opérations doivent être proscrites : leur pratique entraînerait des désordres plus étendus et plus graves que ceux qui constituent la maladie. Le temps et l'usage persévérant des anti-

phlogistiques sont les seuls moyens sur lesquels il faille compter. Mais lorsque la maladie, loin de céder à leur influence continue de faire des progrès; lorsque les parties molles s'affectent profondément, et que la constitution du sujet s'altère, l'amputation doit être pratiquée, afin de prévenir l'issue funeste que la phlogose abandonnée à elle-même ne manquerait pas d'entraîner.

SPINAL, adj., *spinalis;* épithète donnée par les anatomistes à diverses parties qui se rapportent à la colonne vertébrale.

Les *artères spinales* sont au nombre de deux, que l'on distingue en antérieure et postérieure.

L'antérieure naît ordinairement à peu de distance du bord inférieur du pont de Varole, même dans le cas où les deux vertébrales s'anastomosent ensemble beaucoup plus haut qu'à l'ordinaire. Elle provient de la partie interne du tronc, et ne tarde pas à se réunir avec celle du côté opposé, pour former un tronc unique, situé sur la ligne médiane, qui descend le long du sillon antérieur de la moelle épinière. Ordinairement, mais surtout lorsque les deux artères vertébrales se réunissent plus haut que de coutume, on trouve une petite spinale antérieure et supérieure, tantôt simple, et naissant du sommet de l'angle de la réunion, tantôt double, qui se confond également avec celle du côté opposé, et qui, marchant aussi de haut en bas, s'anastomose bientôt avec l'inférieure. Le tronc simple de cette dernière, qui correspond à la ligne médiane, éprouve souvent des scissions dans son trajet, et forme ainsi des îles considérables. Sa partie supérieure reçoit aussi, par tous ou par la plupart des trous de conjugaison, des rameaux considérables que la vertébrale ou d'autres artères cervicales fournissent à la face antérieure de la moelle épinière, et qui s'anastomosent avec elle. Son trajet est très-sinueux dans toute son étendue; elle envoie, de chaque côté, un nombre considérable de rameaux à la moelle épinière.

L'artère spinale postérieure, branche aussi de la vertébrale, provient souvent de la cérébelleuse inférieure. Elle tire son origine du côté externe de la vertébrale, se porte en dedans, sur la face postérieure de la moelle épinière, et descend, de chaque côté, le long du sillon postérieur, jusqu'à l'extrémité de cette dernière. Marchant parallèlement à celle du côté opposé, elle décrit de nombreuses sinuosités. Ces deux artères sont toujours fortifiées par les ramuscules accessoires des artères vertébrales, cervicales profondes, et intercostales, qui passent par les trous de conjugaison. Elles s'anastomosent aussi ensemble par une multitude de branches transversales, qui correspondent en général, aux intervalles de deux vertèbres, de

sorte que chaque portion de la moelle épinière comprise entre deux vertèbres, a son cercle vasculaire particulier.

Le *nerf spinal* est plus connu sous le nom d'ACCESSOIRE *de Willis*.

SPINITE, s. f., *spinitis* : inflammation encore peu connue, également désignée sous les noms non moins impropres de *rachialgie*, et de *rachialgite*; c'est celle de la moelle vertébrale ou de ses enveloppes. Dans le premier cas, on l'appelle *notœomyélite*, ou plus simplement *myélite*, et, dans le second, *arachnoïdite* ou *méningite rachidienne*, *vertébrale* ou *spinale*.

L'inflammation de l'arachnoïde spinale est très-rarement isolée de l'arachnoïdite encéphalique; mais elle peut exister sans inflammation de la moelle épinière, et la compliquer, ou en être compliquée. Il résulte des observations de Morgagni, de Guersent, de Denis, d'Andral et d'Ollivier, qu'ordinairement accompagnée d'arachnoïdite cérébrale, elle n'a guère d'autres symptômes spéciaux, outre ceux qui lui sont communs avec cette phlegmasie; elle n'a, disons-nous, d'autres caractères que les suivans, qui sont constans et très-souvent réunis. Le premier, dit Ollivier, consiste dans une contraction générale des muscles de la partie postérieure du tronc, laquelle peut varier depuis la simple rigidité jusqu'à la contraction la plus violente, avec renversement de la tête et dn tronc en arrière; le rachis formé alors une espèce d'arc inflexible. Quelquefois la portion cervicale du rachis se courbe en arrière, mais alors le reste du tronc conserve sa rectitude. Le second caractère est une douleur plus ou moins vive dans la région dorsale, le long du rachis, principalement intense là où l'inflammation est plus forte; cette douleur offre assez souvent des rémissions; elle disparaît quelquefois et reparaît ensuite à des intervalles irréguliers; parfois il y a de la douleur sans contraction musculaire remarquable. Il est douteux que cette douleur augmente à la pression. Les mouvemens du tronc l'accroissent, ce qui les rend souvent insupportables.

Il se joint parfois à cette douleur une autre douleur plus ou moins vive dans les membres inférieurs; une raideur plus ou moins marquée dans ces membres et les supérieurs, le trismus, des convulsions ou la paralysie; la respiration est difficile, anhéleuse; parfois la face est rouge, les yeux animés, le pouls fréquent; en un mot, outre les deux phénomènes que nous venons d'indiquer, comme caractérisant l'arachnoïdite spinale, on observe souvent en même temps tous ceux des phlegmasies cérébrale et abdominale; il ne faut pas perdre de vue que la gêne de la respiration peut faire croire qu'il y a inflammaion du poumon. Plusieurs des symptômes gastriques qu'on

observe alors sont-ils quelquefois consécutifs à l'inflammation de l'arachnoïde spinale, et purement sympathiques, au moins dans les premiers momens? c'est ce qu'on ignore, quoiqu'on ait renouvelé dernièrement, sans y ajouter aucune nouvelle preuve, l'opinion d'Hoffmann, sur le rôle que la moelle épinière joue dans les fièvres intermittentes.

Dupuytren et Brera ont constaté dans le tétanos la réalité de l'espèce d'arachnoïdite qui nous occupe. Jansou l'a trouvée dans les cas de paralysie par gibbosité, et nous avons vu un cas analogue.

Lorsque l'arachnoïdite spinale est portée au degré d'intensité que nous venons de décrire, elle est presque constamment mortelle. Elle peut se prolonger jusqu'à trente jours environ, mais le plus souvent la mort a lieu du troisième au quinzième jour. Ollivier pense qu'elle peut passer à l'état chronique; mais il a eu le tort de ne décrire, sous le nom d'arachnoïdite rachidienne, que le degré le plus violent, et de méconnaître toutes les autres nuances; c'est ce qui arrive quand, se bornant aux notions les plus saillantes que fournit l'anatomie pathologique, on renonce à en faire l'application à des cas moins manifestes.

Il assigne pour causes à cette phlegmasie les fortes contusions, les blessures des méninges, les efforts violens, la carie des vertèbres.

A l'ouverture des cadavres, on trouve ordinairement l'arachnoïde rachidienne d'un rouge-violacé, épaissie, dans une graude partie de son étendue ou par plaques, surtout quand il y a carie des vertèbres; quelquefois elle contient du sang; le plus souvent elle est recouverte d'une couche membraniforme, opaque, blanchâtre, plus ou moins adhérente, plus ou moins épaisse et consistante, tantôt dans une portion du canal spinal, tantôt tout le long de son trajet, et qui réunit quelquefois toutes les racines des nerfs lombaires; la matière est quelquefois située sous l'arachnoïde, sur la pie-mère, du moins ce fait a été observé par Andral. Le plus souvent on trouve dans la cavité arachnoïdienne une quantité notable de sérosité trouble, épaisse, floconneuse, blanchâtre, jaunâtre ou verdâtre. Lallemand a trouvé un épanchement sanguin, Bergamaschi un épanchement séreux entre le rachis et la dure-mère; Thomas de la Nouvelle-Orléans a fait des remarques analogues. On a trouvé du pus entre l'arachnoïde et la pie-mère. Tous les vaisseaux des enveloppes de la moelle sont injectés plus ou moins, et cet organe est souvent plus mou qu'à l'ordinaire. Quand l'inflammation de l'arachnoïde spinale a été chronique, cette membrane est blanche, épaisse et opaque, quelquefois elle est ossifiée.

Les saignées générales abondantes, les saignées locales répétées au moyen des sangsues, appliquées en grand nombre sur toute la longueur de la colonne vertébrale et des deux côtés de la saillie des apophyses épineuses, les bains entiers, pendant plusieurs heures chaque fois, les vésicatoires, la diète sévère et les délayans, tels sont les moyens proposés. Janson a observé que tout moyen perturbateur est nuisible. Les ventouses réitérées, avec de profondes piqûres au moyen du scarificateur mécanique, nous paraissent dans ce cas préférable aux sangsues, parce que leur actiou est subite, et qu'on peut la répéter presqu'indéfiniment, en raison du grand espace sur lequel ou agit.

L'arachnoïdite spinale doit être considérée comme la source de l'hydropisie du rachis ou HYDRORACHIS. *Voyez* ce mot.

L'*inflammation de la moelle spinale*, ou la *myélite*, est bieu plus souvent indépendante de l'encéphalite que l'arachnoïdite spinale ne l'est de l'arachnoïdite cérébrale ; elle est rarement sans inflammation des enveloppes. On lui assigne pour signes caractéristiques :

Une douleur profonde le long du rachis, excessivement aiguë, générale ou locale, avec sentiment de châleur âcre, exaspérée par les mouvemens, par le coucher sur le dos, principalement quand le décubitus a lieu sur la plume plutôt que sur un matelas, et que n'augmente point la pression ; un état de stupeur, avec sentiment de fourmillement désagréable dans les muscles abdominaux ; excrétiou involontaire ou rétention plus ou moins complète des matières fécales et de l'urine. Tantôt la paralysie s'effectue de bas en haut, et s'étend successivement des membres inférieurs au tronc, aux membres supérieurs, et détermine ainsi la mort en arrêtant la respiration ; tantôt et plus rarement la paralysie se propage de haut en bas ; tantôt le mouvement seul est aboli, tantôt c'est le sentiment seul qui n'a plus lieu ; la paralysie se manifeste d'abord pour l'ordinaire d'un seul côté, puis elle s'étend aux deux. Parfois des convulsions précèdent la paralysie ; tantôt les membres sont contractés et douloureux ; tantôt ils sont flasques et nullement contractés : dans ce dernier cas, il y a, suivant Janson, inflammation de la moelle épinière seule, tandis que, dans le premier, il y a en même temps myélite et arachnoïdite spinale ; cette opinion nous paraît admissible.

Outre ces phénomènes, on observe encore un pouls fréquent et irrégulier, un spasme tétanique, le trismus, l'aphonie, la dysphagie, la dyspnée, quaud la maladie est au plus haut degré d'intensité ; les yeux sont très-sensibles à la lumière et l'oreille aux sons ; les facultés intellectuelles ne sout nullement lésées ; il n'y a ni raideur, ni courbure du rachis.

Si l'inflammation est partielle, si elle a lieu à la région supérieure de la moelle, il y a souvent trouble des seus, délire furieux, trismus, grincemens de dents, rougeur et sécheresse de la langue, gène de la déglutition, de la parole, respiration pressée, tumultueuse, vomissemens, paralysie générale, parfois hydrophobie; enfin, mort rapide par asphyxie.

Si la portion cervicale de la moelle est le siége de l'inflammation, il y a souvent rigidité des muscles du cou, des membres supérieurs, quelquefois agités de mouvemens convulsifs, d'autrefois paralysés, gêne excessive de la respiration, qui ne s'opère que par le diaphragme.

Si la portion dorsale est enflammée, on observe des secousses convulsives et continues du tronc; ces secousses s'étendent aux membres quand les renflemens rachidiens participent à la phlegmasie; la respiration est courte, précipitée, le cœur bat irrégulièrement.

Si la portion lombaire, ou plutôt le renflement inférieur de la moelle est le siége de l'inflammation, il en résulte la paralysie des membres inférieurs, l'écoulement involontaire ou la rétention des matières fécales et de l'urine, une douleur profonde bornée aux lombes, parfois un satyriasis prononcé, des accès d'épilepsie.

Plus l'inflammation est étendue, et plus les symptômes sont nombreux.

Ce tableau n'est pas exempt de suppositions ingénieuses; il faudra le rectifier en faisant la distinction de ce qui appartient à l'estomac, et y appliquer les découvertes de Charles Bell.

La myélite fait périr le sujet, du troisième ou quatrième au dix-huitième jour; rarement il échappe, à moins que le mal ne passe à l'état chronique, ce qui n'est pas rare. Il n'y a alors, le plus souvent, aucun sentiment douloureux; on observe seulement la paralysie des membres; le trouble des fonctions de la vessie et du rectum survient graduellement; la paralysie même peut ne pas exister, quoiqu'à l'ouverture la désorganisation de la moelle *paraisse* et non pas *soit* complète, comme le dit Ollivier.

Les causes sont les efforts, les contusions, les chutes, les maladies des vertèbres, l'insolation, la disparition subite d'un érysipèle, d'un exanthème, la propagation de l'encéphalite, le rhumatisme selon Ribes, la phrénésie et la pneumonie selon J. P. Frank.

A l'ouverture du cadavre, on trouve ordinairement la substance de la moelle ramollie, et même convertie en un liquide jaunâtre, puriforme, tantôt d'un seul côté, soit en avant, soit en arrière, tantôt des deux côtés ou dans la totalité

de son épaisseur, dans un point très-circonscrit ou dans une étendue notable. Ce ramollissement donne lieu quelquefois à une sorte de boursouflement qui fait paraître la moelle plus grosse dans l'endroit où elle est désorganisée; le plus souvent on trouve des débris vasculaires plongeant dans la partie ramollie, ou ramifiés autour; les méninges offrent des traces évidentes d'inflammation dans beaucoup de cas; la moelle est rouge quand elle recèle des vaisseaux très-développés. Le renflement lombaire est, de toutes les parties de la moelle spinale, celle qui s'enflamme le plus souvent, ou du moins celle qu'on a trouvée le plus souvent ramollie, chez les chevaux principalement. L'inflammation paraît occuper de préférence la substance grise, qui est en effet la plus riche en vaisseaux sanguins.

Dans des cas moins communs, et sans doute relatifs à la myélite chronique, on trouve, au contraire, la substance médullaire endurcie; alors, tantôt les vaisseaux environnans sont nombreux et gorgés de sang, et tantôt rien ne semble annoncer les traces d'une phlegmasie. Le tissu de la moelle est, dans ce cas, analogue, pour la couleur et la consistance, à du blanc d'œuf durci dans l'eau chaude. Cette induration a été observée à la suite de l'épilepsie par Esquirol, Pinel fils, et Ollivier; ce dernier a trouvé la moelle épinière tellement dure, qu'on pouvait à peine l'écraser entre les doigts. Il n'y avait d'ailleurs aucune vascularité notable.

Dans la myélite, on recommande les mêmes moyens que dans le cas d'arachnoïdite spinale; il faut avoir le soin d'imprimer le moins de mouvemens possible à la colonne vertébrale. Pour l'état chronique, on recommande les topiques irritans, les fomentations aromatiques, les douches d'eau salée chaude, les frictions sèches, les rubéfians, les vésicatoires et les cautères, et surtout le repos le plus absolu. Tous ces moyens sont presque constamment pour le moins infructueux; il ne faut se décider à les mettre en usage qu'après avoir épuisé les antiphlogistiques; mais alors il n'y a plus guère d'espoir.

A l'égard des *épanchemens*, soit *sanguins*, soit *séreux*, dans la cavité de l'arachnoïde spinale ou sous cette membrane, il n'est aucun signe qui puisse les faire reconnaître; on peut tout au plus les soupçonner quand la paralysie est graduellement ascendante ou descendante; nous ne pensons pas d'ailleurs, que cette progression soit toujours due à un épanchement; nous croyons que cela n'a jamais lieu ainsi dans la paralysie descendante. Ces épanchemens proviennent, soit de la blessure ou de la rupture des vaisseaux cérébraux, ou d'une exhalation dans le crâne, soit de la blessure ou de la rup-

ture des vaisseaux rachidiens ou d'une exhalation dans le canal vertébral; ils sont secondaires dans le premier cas, idiopathiques dans le second; dans l'un et dans l'autre, ils proviennent d'un coup, d'une plaie, d'une irritation ou de l'inflammation. Ils ont lieu avec ou sans douleur, avec ou sans paralysie.

Les ventouses et les vésicatoires nous paraissent être particulièrement indiqués contre ces épanchemens, quand on a combattu la douleur par les antiphlogistiques; plus tard, on a recours aux autres stimulans, qui sont si souvent sans efficacité.

Les *plaques cartilagineuses et osseuses* de l'arachnoïde spinale ne sont là, comme ailleurs, que les traces éloignées d'une longue et obscure inflammation qui a épuisé l'excitabilité de la partie, et l'a fait redescendre au degré de nutrition et d'action qui caractérise les cartilages et les os.

Des *tubercules* ont été observés dans les membranes rachidiennes et dans la substance médullaire spinale; par Esquirol, Bayle et Fouilhoux; Mirault, Morgagni et Chaussier ont trouvé des *acéphalocystes* entre le canal vertébral et la duremère spinale; Esquirol et Reydellet en ont trouvé dans la cavité de l'arachnoïde rachidienne : on ne peut qu'indiquer ces cas rares, sans en tirer aucune conséquence pratique.

SPLANCHNIQUE, adj., *splanchnicus;* se dit en parlant de l'une des trois grandes cavités du corps, ou des parties qu'elle contient : *cavité*, *organe splanchnique.*

SPLÉNITE, s. f., *splenitis;* inflammation de la rate. Il n'est point de phlegmasie aussi peu connue que celle-ci. Une douleur avec tension à l'hypocondre gauche et à l'épigastre, augmentant par la pression, une soif ardente et une douleur à la partie antérieure du cou, indiquées par Ribes comme signes caractéristiques de cette inflammation, ne sont concluans que dans les cas où une plaie à cet hypocondre, et la sortie du sang noir en quantité assez notable, viennent s'y joindre. Le même auteur dit que la rate peut être enflammée à sa tunique externe ou dans sa substance même; que sa membrane est rarement enflammée sans que le péritoine des parties voisines participe à la phlegmasie, et que, dans la péritonite, la tunique de la rate est enflammée, d'où résulte un mélange difficile à démêler des symptômes particuliers et communs à la péritonite et à la splénite. Cet anatomiste indique, pour signe de la gangrène de la rate, cette diminution ou cessation subite des symptômes si souvent rapportée, si rarement observée. Il signale comme symptômes de la splénite chronique, la saillie et la dureté de l'organe dans l'hypocondre gauche, la tristesse, la mélancolie, un sentiment habituel de froid, une gêne de la

respiration, et une douleur dans la région splénique, souvent une fièvre tierce ou quarte, qui conduit presque toujours à l'hydropisie ascite.

Il résulte des recherches de Marcus, que la splénite est beaucoup moins rare qu'on ne le pense généralement; si on l'a crue telle, c'est qu'on ne voulait considérer comme splénite que les suppurations de la rate. Que le viscère soit mou, spongieux, doué de peu de nerfs, insensible quand on le coupe, cela n'empêche point qu'il ne soit enflammé sympathiquement par les causes morbifiques qui agissent sur la peau et les membranes digestives et respiratoires; seulement, il en résulte que ces phlegmasies sont plus souvent latentes et chroniques qu'aiguës et manifestes, et c'est ce qui a lieu en effet pour la splénite. En vain Hildenbrand voudrait que l'on distinguât la simple congestion, ou la splénalgie, de cette inflammation. Le plus sanguin des viscères ne peut manquer de souffrir quand le sang y afflue, et si le sujet n'en est point averti, cela provient de l'exiguité des nerfs de l'organe, et non de l'absence du travail inflammatoire.

Lorsque le parenchyme splénique est enflammé, aucune douleur ne se fait sentir dans la région de ce viscère, ou du moins elle se réduit à un sentiment de pesanteur, de gêne, d'oppression, que l'on rapporte au poumon, et même au foie ou à l'estomac. La fonction de la rate étant ignorée, on ne peut savoir quelle altération elle subit dans l'état de phlegmasie.

Lorsque la capsule membraneuse de la rate est enflammée, on éprouve une douleur fixe et aiguë dans l'hypocondre gauche. On parvient à reconnaître que cette douleur dépend d'une inflammation de ce viscère, et non de celle du péritoine, du colon, ou même de la plèvre gauche, par l'absence des signes caractéristiques de la péritonite, de la colite et de la pleurésie. Mais cette distinction n'est pas toujours facile à faire.

A défaut de signes concluans de la splénite, on peut donner ceux-ci comme probables :

Une douleur dans l'hypocondre gauche, fixe et profonde, tantôt aiguë, pongitive, brûlante, pulsative, tantôt obtuse, oppressive, augmentant par la pression, la toux et l'inspiration, et s'étendant parfois dans la mamelle, derrière la clavicule et au bras gauches; une tumeur ayant la grosseur et la forme de la rate, dans le lieu où réside ce viscère; coucher sur le côté gauche douloureux, quelquefois même sur le côté droit; pâleur jaunâtre, lividité, mélanchlorose ou lividité verdâtre de la peau, et surtout de la face; l'urine et les excrémens conservant leur couleur naturelle; dyspepsie, ardeur d'estomac, éructations acides; nausées, vertiges, lypothymies, sur-

tout quand le sujet est debout; abattement de l'âme; vomissemens bilieux, sanguinolens ou sanguins; anxiété, dyspnée, toux, hoquet; constipation; fréquence, vitesse et plénitude du pouls. La probabilité d'une maladie de la rate est plus grande si le sujet a éprouvé des fièvres intermittentes, surtout automnales, prolongées, des vomissemens de sang ou des déjections sanguines, s'il a le foie affecté, s'il a des hémorroïdes, s'il offre des signes de scorbut.

Les causes prédisposantes de la splénite sont l'habitation dans les lieux bas et humides, marécageux; les saisons et les constitutions humides, notamment l'automne; les fièvres intermittentes, le scorbut, les hémorroïdes, les altérations de tissu du foie, la gastrite.

Les causes occasionelles sont un coup, une chute, l'action d'instrumens tranchans ou piquans, une course rapide et prolongée, un refroidissement subit, surtout quand le corps est en sueur, l'atmosphère étant chaude et sèche; la cessation subite ou la non apparition des hémorroïdes aux époques accoutumées; l'inflammation du foie, de l'estomac, du péritoine, du diaphragme; la cessation subite de quelque inflammation.

L'établissement ou le retour des hémorroïdes, l'épistaxis, un vomissement de sang, des déjections sanglantes, le flux menstruel, mettent fin à la splénite, quand elle est récente et peu intense. La suppuration a lieu rarement; le pus splénique s'est quelquefois frayé une issue dans l'estomac, le colon, ou à travers le diaphragme, de manière à être rejeté par la bouche ou l'anus, ou à former une collection purulente mortelle dans le thorax. L'induration de la rate est la terminaison la plus fréquente de la splénite, surtout à la suite des fièvres intermittentes, et chez les hémorroïdaires.

A l'ouverture des cadavres, on trouve la rate souvent énormément volumineuse, et quelquefois atrophiée; rarement elle est en suppuration; quand cela arrive, le pus est pour l'ordinaire rassemblé en plusieurs petits foyers blanchâtres et grumeleux. Elle est très-fréquemment noirâtre, mollasse, friable, réduite en bouillie lie de vin, et même rompue en un ou plusieurs endroits; sa capsule est quelquefois opaque, blanche, épaissie, cartilagineuse, osseuse même dans un ou plusieurs points de son étendue, ou même dans sa totalité; la substance de ce viscère contient quelquefois des concrétions lapidiformes encore très-peu connues. On y trouve aussi des tubercules. Très-fréquemment la rate adhère, par suite d'inflammation ancienne, au diaphragme, à la grosse extrémité de l'estomac, au colon, et même au rein gauche, soit immédiatement, soit par des brides organisées. Des hydatides ont été trouvées entre les deux tuniques de la rate ou dans sa substance. A cela près du

volume augmenté et de la dureté de la rate, ainsi que du sentiment douloureux rapporté vers la région qu'elle occupe, il n'est aucun signe qui puisse faire soupçonner en général ces altérations; il n'y a aucun signe caractéristique d'une seule en particulier.

Que dire du traitement d'une phlegmasie presque toujours méconnue pendant la vie? que penser des auteurs qui ont recommandé la saignée au bras gauche? On assure que l'application des sangsues à l'hypocondre est moins efficace que celle qu'on pratique à l'anus. Marcus a proposé l'emploi du mercure, celui du nitre, les émolliens, les délayans, les laxatifs, les acides, surtout végétaux, le régime froid, et enfin l'usage de la glace à l'intérieur, dans le cas d'hématémèse ou de déjections sanguines.

Il y a de nombreuses recherches à faire sur la splénite. La saignée, n'importe de quelle veine, nous paraît surtout indiquée, quand il y a douleur, car enfin il s'agit d'un viscère éminemment sanguin; mais il faut ensuite mettre le malade à un régime sévère et doux, et appliquer des sangsues, en petit nombre et souvent, à l'anus. La vie sédentaire est tout à fait contraire aux splénitiques; quant aux eaux minérales, recommandées dans les obstructions de la rate, elles conviennent en bains et fort peu en boisson. Nous ne permettons, en pareil cas, que les eaux gazeuses. Un long régime adoucissant, et les stimulans de la peau, sont les meilleurs moyens pour combattre les maladies chroniques de la rate, comme celles de tous les autres viscères abdominaux.

SPLENIUS, s. m., *splenius*; nom donné à une masse de fibres charnues, située à la partie postérieure et supérieure du corps, que les uns considèrent comme ne formant qu'un seul muscle, à cause de l'intime connexion qui règne entre les extrémités inférieures des deux portions dont elle se compose, mais que d'autres regardent comme deux muscles distincts, en raison de la briéveté proportionnelle de l'étendue dans laquelle ces deux parties se trouvent unies ensemble. De ces deux muscles, l'un, qui est le supérieur, a reçu le nom de *splenius de la tête*, et l'autre, ou l'inférieur, porte celui de *splenius du cou.* Ils sont situés immédiatement sous le trapèze, et se dirigent de bas en haut, d'arrière en avant, et de dedans en dehors. Leur forme est allongée et aplatie. Tous deux sont minces, et ils occupent l'espace compris entre les apophyses épineuses des vertèbres inférieures et les apophyses transverses des supérieures ou les os analogues.

Le *splénius du cou* naît des apophyses épineuses des trois à cinq premières vertèbres du dos, par de courts faisceaux tendineux. Deux ou trois autres digitations l'attachent aux extré-

mités des apophyses transverses des deux ou trois vertèbres cervicales supérieures.

Le *splénius de la tête*, plus large et plus robuste que le précédent, naît du ligament cervical, à côté des apophyses épineuses des troisième, quatrième, cinquième et sixième vertèbres du cou, rarement aussi de la seconde, de l'apophyse épineuse de la dernière, et plus rarement de celles des deux vertèbres supérieures du dos. Des tendons courts le fixent à toutes ces parties. Il va s'insérer à la partie postérieure de l'apophyse mastoïde, et à la partie externe de la surface rugueuse située au dessous de la ligne courbe supérieure de l'occipital.

Le premier de ces muscles tourne le cou, et l'autre la tête, de manière à en porter la face antérieure vers le côté correspondant. Ils inclinent aussi ces parties en arrière, et les ramènent à la position droite quand elles ont été tournées du côté opposé.

SPOLIATIF, adj., *spoliativus*; épithète très-usitée jadis, qu'on donnait à la saignée, pour exprimer que cette opération a la propriété de diminuer la partie rouge du sang, relativement à la blanche ou séreuse, c'est-à-dire de dépouiller ce liquide de celui de ses élémens organiques auquel on attribue généralement le plus d'activité.

SPONGIEUX, adj., *spongiosus*. Les anatomistes donnent ce nom à toute partie dont le tissu offre des fibres ou des lames entre lesquelles se trouvent des espaces circulaires communiquant tous les uns avec les autres.

La *portion spongieuse* de l'urètre est celle qui s'étend depuis la bulbe de ce canal jusqu'au gland, qui résulte lui-même de son épanouissement.

La *substance spongieuse* des os est cette modification du tissu osseux qui le fait paraître composé d'un nombre infini de lamelles laissant entre elles des cellules de différentes grandeurs.

SPONTANÉ, adj., *spontaneus* : qui se manifeste sans le concours de la volonté; qui survient sans cause manifeste. On dit, dans le premier sens, *mouvemens spontanés*, et, dans le second, *luxation spontanée*. Cette locution est également vicieuse dans l'un et l'autre cas.

SPORADIQUE, adj., *sporadicus* : se dit de toute maladie dont il n'y a qu'un petit nombre de personnes qui soient atteintes dans un pays, de sorte qu'on ne peut pas l'attribuer à l'influence d'une cause générale.

SPUITION, s. f., *spuitio* : action de cracher, de se débarrasser des matières excrémentitielles de la membrane muqueuse des bronches, à mesure qu'elles sont chassées du tube aérien et portées dans la bouche. La spuition peut se faire vo-

lontairement ou involontairement; dans ce dernier cas, elle est précédée par la toux.

SPUTATION, s. f., *sputatio* : action continuelle de cracher une salive claire et filante. Synonyme de crachotement.

SQUAMEUX, adj., *squamosus* : qui ressemble à une écaille.

Les anatomistes donnent ce nom à toute pièce osseuse, qui, par son aplatissement et la minceur de ses bords, ressemble un peu à une écaille. Telle est la portion supérieure du temporal; telle est aussi celle de l'occipital. Ils appellent également squameuse la suture qui résulte de la jonction de cette partie du temporal avec le bord inférieur du pariétal.

On a donné le nom de *squameuses* à deux variétés des DARTRES et de la LÈPRE.

SQUELETTE, s. m., *sceletum* : ensemble de tous les os du corps humain. On distingue le *squelette naturel*, celui dans lequel les différentes pièces osseuses sont unies par le moyen de leurs ligamens naturels, du *squelette artificiel*, celui dans lequel ces mêmes pièces sont assujetties par des liens étrangers.

SQUELETTOPÉE, s. f.; art de faire ou de préparer un squelette. Les moyens varient beaucoup, suivant qu'il s'agit d'un squelette naturel ou d'un squelette artificiel. Nous allons les faire connaître aussi brièvement que possible.

Les squelettes naturels sont utiles pour l'étude, en ce qu'ils permettent mieux que les autres d'observer les rapports mutuels des os, conservent les formes et les dimensions des grandes cavités que ces derniers forment par leur réunion, et permettent de maintenir dans leur situation respective ceux des sujets très-jeunes, qui ne se prêtent pas aux procédés de la réunion artificielle.

Après avoir choisi un sujet entre l'âge de trente et celui de cinquante ans, on pratique, à la partie supérieure et moyenne de la tête, une ouverture par laquelle on introduit une curette qui sert à enlever le cerveau, et une longue tige de fer flexible, aplatie et recourbée à son extrémité, que l'on plonge dans le canal vertébral, pour retirer une portion de la moelle épinière, dont on fait disparaître le reste plus tard, soit par les trous de conjugaison, soit par une petite ouverture faite à la partie inférieure du canal sacré. Des injections avec une dissolution de sous-carbonate de potasse, facilitent la sortie de la pulpe médullaire.

A l'égard des cavités pectorale et abdominale, pour les vider, on fend les parois du bas-ventre en plusieurs sens, on perfore largement le diaphragme, et l'on fait, à la partie inférieure et antérieure du cou, une incision transversale qui pénètre jusqu'à la colonne épinière. Cette dernière incision, qui divise la trachée-artère et l'œsophage, permet de retirer à la

fois tous les viscères contenus dans la poitrine et l'abdomen.

Ces préliminaires terminés, on procède successivement à la dissection des ligamens de la tête, de la colonne vertébrale, du bassin, de la partie postérieure des côtes, des pieds, des mains, des genoux, des coudes, de l'épaule et de la hanche, ordre qui procure l'avantage de laisser macérer plus long-temps les articulations les plus spongieuses.

On a soin de ne pratiquer l'excarnation des articulations qu'à mesure qu'on les prépare, sans quoi l'air en dessécherait trop promptement les ligamens. Il faut aussi, dès qu'elles sont préparées, les couvrir d'un linge mouillé, tant pour entretenir la souplesse de ces derniers, que pour les garantir de la poussière, qui les salirait d'une manière presque indélébile. Les os sont rugínés d'une manière légère, pour les débarrasser du périoste, dont on les dépouille entièrement, si ce n'est sur les cartilages des côtes et sur la partie osseuse voisine de ces os. On se garde d'ouvrir aucune articulation. On a soin aussi de conserver aux ligamens et aux capsules leur épaisseur naturelle. Enfin, dans l'intervalle des séances de dissection, on place le sujet dans une cuve d'eau propre, après l'avoir enveloppé dans une alèze. Chaque fois qu'on le retire de l'eau, on essuie les ligamens avec soin, et dans la direction de leurs fibres.

Le squelette étant privé ainsi de toutes ses parties molles, on le soumet à la macération, en changeant l'eau tous les jours ou tous les deux jours. On reconnaît que cette opération a duré assez long-temps lorsque l'eau ne se colore plus en rouge, et qu'on ne voit plus nager de gouttelettes graisseuses à sa surface. Il suffit ordinairement de la prolonger six, huit ou dix jours, après quoi on lave exactement le squelette avec une dissolution aqueuse de chlore, ou avec de l'eau à laquelle on a ajouté une petite quantité d'acide nitrique, pour faire périr les larves qui auraient pu être déposées sur les ligamens. On l'essuie avec soin, et l'on pratique, à la partie la moins apparente de chaque articulation, une petite ouverture, tant pour en extraire la synovie, que pour y introduire du crin imbibé d'une dissolution alcoolique de camphre et de savon. On le suspend ensuite dans une chambre, où l'on établit un courant d'air, et où l'on maintient la température entre vingt et vingt-cinq degrés. Afin de le garantir de la poussière et des mouches, on l'enveloppe d'une toile à canevas, dont les mailles soient très-écartées.

Les procédés sont absolument les mêmes pour les squelettes de fœtus, qui exigent seulement plus d'adresse et de précautions, à cause de la délicatesse des parties. Il faut prendre garde d'enlever avec l'instrument tranchant les portions encore cartilagineuses des os; ne pas prolonger autant la macération;

fixer la colonne vertébrale à une règle de bois qui l'empêche de se courber en avant par l'affaissement considérable des substances intervertébrales, et même des corps des vertèbres; enfin, remplir la poitrine d'une quantité de crin suffisante pour s'opposer à sa déformation.

J. Cloquet et Bogros ont essayé de conserver aux ligamens leur souplesse, et par suite aux articulations des squelettes naturels, leur mobilité. Bogros plonge à cet effet les parties, pendant plusieurs semaines, dans un mélange de deux parties d'huile essentielle de térébenthine et d'une d'alcool. Cette immersion, sans leur enlever rien de leur solidité, fait que les ligamens conservent une souplesse remarquable. Le procédé de Cloquet est différent : il consiste à laisser macérer les parties pendant quinze à vingt jours dans une dissolution de quatre livres de sel marin et d'une d'alun dans dix pintes d'eau, en ayant soin de les remuer souvent dans la liqueur, de presser les ligamens, de les tordre, et surtout de les frapper légèrement avec une petite masse de bois; à faire sécher pendant quatre ou cinq jours; à replonger dans une dissolution d'une livre de savon dans trois pintes d'eau, et, au bout de sept ou huit jours, à laver dans une dissolution d'une once de sous-carbontate de soude dans deux livres d'eau, après quoi on fait sécher.

Quelque procédé qu'on ait mis en usage, lorsque le squelette est parfaitement sec, on retire le crin que l'on a introduit dans les diverses cavités, et l'on applique sur les ligamens une couche d'essence vestimentale de Dupleix, ou de toute autre liqueur propre à les préserver des atteintes des insectes. Quand cette couche est parfaitement sèche, il ne reste plus qu'à vernir le squelette, dont les diverses parties reçoivent une, deux ou trois couches, suivant qu'on le juge nécessaire. On monte ensuite la pièce sur un support, et on la conserve dans une armoire.

La préparation ou plutôt la construction d'un squelette artificiel est beaucoup plus compliquée et difficile, car, outre des connaissances profondes en ostéologie, elle exige l'habitude des procédés mécaniques.

Les instrumens qu'elle réclame sont des forets de diverses formes et grandeurs, des pinces à mors aplatis, d'autres à mors coniques et taillés en lime sur leurs faces correspondantes, des tenailles incisives, des scies, un compas à vis, des emporte-pièces, des marteaux, des ciseaux, des limes, des fils de laiton ou d'argent de grosseur variée, des feuilles de cuivre ou d'argent laminé, et de la peau de buffle.

Les dents ne réclament d'autre soin que celui de les fixer dans les alvéoles, en couvrant leurs racines d'une couche d'ichthyocolle liquide.

A l'égard de la mâchoire inférieure, on pratique à cet os une ouverture qui s'étende depuis la partie postérieure de son col jusqu'à la partie supérieure et moyenne de son condyle; on en pratique une autre verticale, au milieu de la fosse glénoïde, qui se rende à la partie supérieure et moyenne de la base de l'apophyse zygomatique. Ces deux ouvertures faites, on y passe un fil, qu'on fixe par deux boucles, en le roulant sur lui-même à ses deux extrémités. La mâchoire étant ainsi fixée, pour imiter ses mouvemens d'abaissement et d'élévation, on fait, de chaque côté, deux très-petites ouvertures, l'une au sommet de l'apophyse coronoïde, l'autre étendue de la partie postérieure de l'apophyse angulaire à l'orbite; alors on prend un ressort à boudin d'une ligne et demie de diamètre, et long de deux pouces, dont on fixe l'extrémité inférieure, par une boucle, à l'apophyse coronoïde, auquel on donne le degré de tension convenable, et qu'on arrête supérieurement, dans l'orbite, par une seconde boucle.

La préparation de la colonne vertébrale demande que l'on découpe d'abord sur le corps de chaque vertèbre une rondelle de buffle ayant exactement la forme du fibro-cartilage intermédiaire. Ces rondelles seront au nombre de vingt-trois, plus épaisses en avant qu'en arrière aux régions cervicales et lombaires, en arrière qu'en avant à la région dorsale. Ensuite on pratique, sur le corps de chacune et de chaque vertèbre, deux trous parallèles et latéraux qui les traversent directement de bas en haut. Les trous de la seconde vertèbre du cou seront obliques, de manière qu'ils se rendent de la face inférieure à la face postérieure de son corps. Deux ouvertures correspondantes à celles des vertèbres sont percées de la grande surface articulaire du sacrum à la face antérieure de la première pièce de cet os. Ces préliminaires terminés, on prend un fil de laiton long de quatre pieds, qu'on plie en deux, de manière à former une anse dans laquelle on introduit un morceau de ressort à boudin d'une longueur égale à la distance qui sépare les deux ouvertures de la face antérieure du sacrum. On presse de chaque côté un des deux chefs de l'anse métallique, successivement, et de bas en haut, dans les ouvertures du sacrum et dans celles du corps des vertèbres et des rondelles, jusqu'à ce qu'ils sortent par la face postérieure de la seconde vertèbre cervicale. Alors on les tire en haut avec force, afin de serrer les uns contre les autres le sacrum et toutes les pièces de la colonne épinière, avec les rondelles interposées entre elles. Le ressort à boudin, appliqué transversalement sur la face antérieure du sacrum, sert à empêcher cette partie d'être coupée par la pression du fil métallique. Chacune des extrémités de celui-ci est retenue en haut par une boucle, à la face posté-

rieure de la seconde vertèbre du cou. On achève de consolider convenablement la colonne vertébrale, et de fixer ses courbures, en introduisant dans le canal rachidien une tige de fer fixée au moyen de fils de laiton passés dans les ouvertures dont elle doit être percée de distance en distance, et attachés en arrière sur la face postérieure des lames des vertèbres, préalablement percées de petits trous à cet effet.

La colonne vertébrale ainsi consolidée, on s'occupe de l'articulation de la première vertèbre du cou avec la seconde. La main armée d'une petite scie, on pratique, à la partie postérieure de l'apophyse odontoïde, une rainure transversale, dont la profondeur s'élève à une ligne environ. On engage dans cette rainure l'anse d'un fil métallique dont les deux extrémités sont ensuite passées d'arrière en avant dans deux ouvertures percées horizontalement sur l'arc antérieur de l'atlas, et entre lesquelles règne une distance d'à peu près quatre lignes. On les arrête chacune en devant par le moyen de deux boucles. Cette ligature, tout en fixant l'apophyse odontoïde, lui permet cependant de tourner avec facilité dans l'espèce d'anneau qui la retient.

Il ne reste plus, pour terminer la colonne vertébrale, qu'à mettre en place le coccyx et la tête.

Pour ce qui concerne le coccyx, on en réunit les trois pièces par le moyen d'une lame triangulaire, dont on fait passer l'extrémité la plus large du sommet du sacrum à un point peu éloigné de sa face antérieure, où on la recourbe, tandis que l'on recourbe aussi l'autre au niveau de la dernière pièce coccygienne.

Quant à la tête, la meilleure manière de la monter consiste à enfoncer, dans la partie antérieure de chaque condyle de l'occipital, une cheville de cuivre, dont l'extrémité inférieure, saillante d'environ six lignes, pénètre dans un trou creusé dans la partie correspondante de chaque surface articulaire de l'atlas. Un écrou à oreilles, qui termine l'extrémité supérieure de la tige de fer passée dans le canal rachidien, et saillante par l'ouverture du sommet du crâne, assujettit parfaitement la tête, qu'il applique sur la première vertèbre du cou, tout en lui conservant ses mouvemens de rotation sur la seconde.

La base du squelette artificiel ainsi posée, on met en place les côtes, en procédant de haut en bas. A cet effet, on fixe deux à deux aux vertèbres les têtes des côtes correspondantes des deux côtés, en introduisant, dans une ouverture pratiquée d'avant en arrière à ces têtes, un fil de laiton qui traverse la substance intervertébrale correspondante, et dont on arrête chaque extrémité par une boucle fort serrée. Ensuite on fixe, à chaque apophyse transverse, la partie de la côte qui lui

correspond, en les perçant toutes les deux d'une ouverture destinée à loger un fil de laiton qu'on arrête également par deux boucles, l'une en arrière sur la face postérieure de l'apophyse, l'autre en devant sur la face antérieure de la côte. Dès que toutes les côtes se trouvent en place de cette manière, on les perce à leur partie moyenne d'une ouverture dans laquelle on introduit un fil métallique qui sert à les maintenir à la distance convenable, au moyen d'un morceau de ressort à boudin qu'il traverse dans l'intervalle de chaque espace intercostal, et dont on fixe par des boucles l'extrémité inférieure à l'apophyse transverse de la première ou de la seconde vertèbre des lombes, et la supérieure à la lame postérieure d'une des dernières cervicales. Il ne reste plus qu'à mettre en place le sternum, qui doit avoir été conservé avec ses cartilages: on perce chacun de ces derniers, et l'extrémité de chaque côte correspondante, d'un trou perpendiculaire à leur surface, dans lequel on engage d'avant en arrière les deux chefs d'une anse de fil de laiton, qui, après avoir été suffisamment serrés, sont fixés chacun par une boucle, dans l'intérieur de la poitrine.

L'apposition du bassin ne présente aucune difficulté. Deux trous, distans d'un pouce environ, pratiqués l'un au dessus de l'autre de chaque côté du sacrum, et dirigés obliquement de la partie latérale de la face antérieure de cet os à sa face articulaire latérale reçoivent une anse de fil métallique, dont les chefs, passés dans deux ouvertures pratiquées, vis-à-vis des précédentes, à la surface articulaire de l'os coxal, sont arrêtés chacun par une boucle à la face postérieure de ce dernier os. Entre les deux pubis, on place une rondelle de liége taillée exactement sur leur forme, enveloppée dans un morceau de peau de buffle, et beaucoup plus épaisse en devant qu'en arrière, qu'on fixe au moyen d'une anse de fil de laiton passée dans deux ouvertures qui traversent, de droite à gauche, les deux pubis et le remplissage intermédiaires, et dont les bouts sont réunis ensemble à la face interne du bassin.

Après le bassin, on s'occupe de l'épaule. On commence par fixer l'extrémité de la clavicule à l'acromion par le moyen d'un fil de laiton passé dans deux ouvertures verticales pratiquées à ces os, et dont on boucle les deux extrémités pour les arrêter à la partie inférieure de l'articulation. Puis on fixe la base de l'apophyse coracoïde à la partie correspondante de la clavicule par le secours d'un gros fil métallique qui traverse verticalement ces deux portions osseuses, et dont on arrête, par des boucles, l'une des extrémités au dessous de l'apophyse, et l'autre au dessus de la clavicule. Un très-court morceau de ressort à boudin sert à conserver entre ces deux os la petite

distance qui les sépare l'un de l'autre chez la plupart des sujets. Ensuite on articule la clavicule avec le sternum : il faut, pour cela, pratiquer à ce dernier une ouverture, étendue du milieu de sa surface articulaire au haut de sa face postérieure, et assez large pour recevoir à la fois deux extrémités d'un fil de laiton, qu'on arrête en arrière, par une double boucle, afin d'obtenir une sorte d'anneau formé, en haut et en dehors du sternum, par la partie libre de l'anse. On passe dans cet anneau une autre anse de fil dont les extrémités s'engagent dans un trou pratiqué à la partie correspondante de la clavicule, et sont fixées de la même manière. Cette disposition conserve aux deux os les mouvemens vagues et obscurs qu'ils exécutent l'une sur l'autre dans l'état naturel. Il est nécessaire, en outre, d'attacher l'omoplate à la poitrine au moyen d'anses de fil qui traversent ses deux angles postérieur et inférieur, ainsi que les points correspondans de la seconde et de la septième côtes.

A l'égard de la jonction de l'omoplate avec l'humérus, elle s'opère en perçant la partie postérieure du col de ce dernier d'une ouverture qui va se rendre sur le milieu de sa tête. On introduit dans cette ouverture une goupille, dont une boucle fixe l'extrémité inférieure, tandis que la supérieure s'engage dans un autre trou qui traverse perpendiculairement la cavité glénoïde, et qui va se rendre vers la partie antérieure de la fosse sus-épineuse, où une nouvelle boucle l'arrête. Cependant, comme ce procédé, que l'on suit ordinairement, ne conserve pas à l'articulation des mouvemens aussi étendus que ceux dont elle jouit sur le vivant, J. Cloquet propose d'y substituer le suivant. On pratique avec une scie, à la tête de l'humérus, deux incisions qui pénètrent jusqu'à son centre, et qui se croisent à angle droit : on perce, au dessous de la grosse tubérosité, un trou qui aboutit précisément au centre de cette tête ; on y introduit une goupille articulée dans son milieu au moyen de deux anneaux qui se pénètrent réciproquement, et lorsque l'articulation des deux pièces est parvenue au centre de l'os, on arrête l'inférieure par une boucle, puis on passe la supérieure par une ouverture faite à la partie moyenne de la cavité glénoïde, où une autre boucle la retient. De cette manière le centre de la tête de l'humérus étant pris pour centre des mouvemens, l'os peut en exécuter de très-étendus dans les quatre directions principales, sans que la tête abandonne jamais les rapports qui existent entre elle et l'omoplate.

L'articulation huméro-cubitale exige que l'on perce transversalement un trou depuis la partie antérieure du condyle interne de l'humérus jusqu'à la partie externe et moyenne de sa petite tête ; que, d'un trait de scie, on fasse une fente verti-

cale, dirigée d'avant en arrière, dans le sillon qui sépare la partie de l'éminence humérale comprise entre le radius et le cubitus, et terminée dans la cavité olécrânienne; qu'à l'aide d'un ciseau étroit on pratique une fente large de cinq lignes et profonde de huit ou dix, à la partie moyenne de la crête saillante qui partage en deux la grande échancrure sigmoïde du cubitus; qu'on enfonce dans cette fente une lame de cuivre longue de quinze à dix-huit lignes, large de cinq, et fixée par une goupille qui traverse elle et l'os à la base de l'olécrâne; qu'on glisse la partie libre de cette lame dans la fente de l'humérus; qu'après avoir appliqué exactement les deux os l'un contre l'autre, on perce la lame métallique en passant un foret dans le trou pratiqué au devant du condyle interne; enfin, qu'on réunisse cette lame à l'humérus par le moyen d'une goupille à boucles.

Afin de conserver les rapports et les mouvemens mutuels du cubitus et du radius, on pratique une ouverture transversale qui s'étend de la partie supérieure de la face externe du cubitus, quatre lignes au dessous de la petite cavité sigmoïde, à la partie correspondante de la face interne de l'os : on y passe, de dehors en dedans, les deux extrémités d'une anse de fil de laiton, avec laquelle on forme un petit anneau placé verticalement au dessous de la petite cavité sigmoïde, et dont on arrête les deux extrémités en dedans par une anse commune; on pratique une autre ouverture transversale à la partie postérieure du col du radius, à la hauteur de l'anneau ménagé sur le cubitus; on introduit, dans ce dernier, un fil métallique dont on fait passer les extrémités, en sens contraire, dans le trou du col du radius, et on arrête chacune de celles-ci par une anse. Cette disposition permet à la tête du radius de tourner sur la petite cavité sigmoïde. Quant à la jonction inférieure des deux os, elle demande un procédé semblable, mais en sens inverse, c'est-à-dire que le petit anneau vertical doit se trouver sur la partie interne de l'extrémité du radius, et le grand anneau horizontal sur le cubitus.

Les deux rangées du carpe doivent être d'abord articulées chacune à part. On perce le scaphoïde, le semi-lunaire et le pyramidal, transversalement et par le milieu de leurs surfaces articulaires, et le pisiforme d'avant en arrière, puis on les réunit tous quatre au moyen d'un fil de laiton, dont l'une des extrémités est assujettie en dehors du scaphoïde, et l'autre en devant du pisiforme. Quant aux os de la seconde rangée, on les perce et on les réunit tous quatre transversalement. Pour joindre ensemble les deux rangées, ainsi articulées isolément, on pratique au scaphoïde une ouverture qui, partie de son extrémité supérieure, se bifurque dans son inté-

rieur, de manière qu'un de ses côtés sorte par le milieu de la facette articulaire qui regarde le trapèze, et l'autre par celle qui correspond au trapézoïde; on passe dans ces deux trous les deux extrémités d'un fil de laiton, qu'on engage l'une dans le trapèze, l'autre dans le trapézoïde, et que l'on conserve libres, parce qu'elles serviront à l'articulation de ces deux os avec les deux premiers métacarpiens; on perce ensuite, à la partie moyenne de la face supérieure du semi-lunaire, une ouverture que l'on prolonge dans toute la longueur du grand os, depuis la partie moyenne de sa tête jusqu'à la facette inférieure qui s'articule avec le troisième métacarpien, et l'on passe dans ce trajet un fil métallique dont on arrête l'extrémité supérieure par une boucle, tandis que l'on conserve l'inférieure libre pour l'articulation avec le troisième os du métacarpe; enfin, l'on pratique, au sommet du pyramidal, une ouverture simple en haut, qui se divise inférieurement en deux branches sortant l'une près de l'autre par la face de l'os correspondante à l'os crochu, dans l'intérieur duquel on continue les mêmes canaux, en y perçant deux trous qui commencent à sa face inférieure et se terminent l'un au milieu de la face par laquelle il répond au quatrième métacarpien, l'autre à celle qui s'articule avec le cinquième. Ce double canal sert à recevoir une anse de fil métallique dont le milieu répond à la partie supérieure de l'os pyramidal, et dont les deux extrémités servent à l'articulation de cet os avec les deux derniers métacarpiens.

Ceux-ci se joignent par conséquent à la seconde rangée du carpe par le moyen des extrémités libres des anses métalliques employées pour son articulation, et qui sortent par les cinq trous pratiqués au trapèze, au trapézoïde, au grand os et à l'os crochu. On pratique à la tête de chaque métacarpien une ouverture oblique, qui part de son milieu, et, après un trajet de six ou sept lignes, gagne la partie supérieure de la face palmaire de l'os. On introduit les fils correspondans dans ces trous, et on les fixe chacun par une boucle. Les quatre derniers métacarpiens doivent également être articulés ensemble par leur extrémité inférieure, et qui a lieu par le moyen d'un fil passé dans des trous que l'on pratique transversalement au point où la tête de chacun d'eux se réunit au corps, interposant un petit cylindre de ressort à boudin entre ces têtes, et fixant les extrémités du fil chacune par une boucle.

Afin de conserver aux articulations métacarpo-phalangiennes leurs mouvemens de flexion et d'extension, on fixe, à l'extrémité supérieure des phalanges, et par un mécanisme semblable à celui qui a été décrit plus haut en parlant de l'articulation

huméro-cubitale, une lame métallique large de trois lignes, et longue de douze à quinze, dont on laisse dépasser de dix à douze lignes l'extrémité inférieure, que l'on arrondit; on scie verticalement les os du métacarpe, depuis le bas de leur tête jusqu'à la partie antérieure de leur corps, de sorte que la fente comprenne seulement la moitié antérieure de leur épaisseur; on perce transversalement les têtes de ces os, ainsi que les lames qui les traversent, et on y fixe ces dernières avec une goupille rivée sur les deux côtés. Le même mécanisme est adapté aux articulations des phalanges avec les phalangines, et à celles des phalangettes avec les phalangines. La seule différence consiste en ce que l'on isole les cinq doigts, au lieu de les réunir par une ligature commune, comme on avait fait pour les phalanges.

La main étant ainsi préparée, rien n'est plus simple que de la joindre aux os de l'avant-bras. Il suffit de deux attaches, l'une en dedans, l'autre en dehors, que l'on fixe d'un côté aux os de l'avant-bras, en perçant leurs extrémités inférieures de bas en haut, l'autre aux anses métalliques que le scaphoïde et le pyramidal présentent à leur face supérieure.

L'articulation du fémur avec le bassin demande que l'on fasse, depuis la partie postérieure de la base du col fémoral jusqu'à la partie moyenne de la tête, une ouverture dans laquelle on introduit, de haut en bas, les deux extrémités d'un fil de laiton, qui sont fixées ensuite par des boucles sur la base du col; que l'on fasse passer l'anse étroite, longue de six à huit lignes, formée par la partie moyenne de ce fil, au dessus du milieu de la tête du fémur, dans une ouverture pratiquée au fond de la cavité cotyloïde, et qu'on l'y fixe à la face interne du bassin par le moyen d'une forte agrafe.

Pour ce qui concerne l'articulation fémoro-tibiale, on pratique dans l'épaisseur des deux condyles du fémur une ouverture transversale qui corresponde un peu au dessous des tubérosités de l'os; on en fait, de haut en bas, sur le tibia, deux autres qui s'étendent de la partie postérieure de son épine à la partie supérieure de sa face postérieure, et qui laissent supérieurement entre elles une distance de six lignes: cela fait, on prend un gros fil de laiton, que l'on tord par son milieu sur une tige d'acier, afin qu'il décrive sept ou huit tours de spirale; tout en conservant ses deux extrémités libres, on place la partie contournée au fond de la cavité qui sépare les deux condyles fémoraux, puis l'on fait passer dans ses anneaux une grosse goupille qui traverse en même temps l'ouverture transversale des deux condyles, et qui soit rivée de chaque côté; enfin, l'on introduit, de bas en haut, les deux extrémités du fil tordu en spirale dans les ouvertures du tibia, et l'on arrête chacune

d'elles par une boucle, au niveau de la face postérieure de ce dernier os. Pour terminer, l'on enfonce, dans la partie inférieure de la rotule, une lame de cuivre longue de trois pouces, et large de cinq lignes, dont on insère l'extrémité inférieure dans une fente pratiquée sur la tubérosité moyenne du tibia.

L'extrémité supérieure du péroné doit être fixée au tibia par le moyen d'un fil qui traverse la tête du premier de ces os, ainsi que la tubérosité du second, et dont les bouts sont arrêtés vers la partie postérieure de l'articulation.

Les articulations du pied sont plus complexes que celles de la main. Un fil, parti de la partie supérieure de l'astragale, et qui sort par la partie inférieure de la petite apophyse du calcanéum, unit ces deux os l'un avec l'autre, et l'on en fixe les deux bouts par deux boucles, l'une en haut, et l'autre en bas. On réunit ensuite les trois cunéiformes et le cuboïde à l'aide d'un second fil qui les traverse dans le sens transversal, et dont l'extrémité externe est fixée par une boucle dans la gouttière du cuboïde, destinée au tendon du muscle long péronier latéral, tandis que l'interne se trouve retenue également par une boucle, en dedans du premier cunéiforme. On fixe le cuboïde au calcanéum par deux fils, dont les extrémités postérieures sortent par la face inférieure du dernier de ces os, et dont les deux antérieures, qu'on laisse libres pour l'articulation tarso-métatarsienne, sortent par les deux facettes du cuboïde qui se joignent aux quatrième et cinquième os métatarsiens. Trois fils unissent le scaphoïde au calcanéum et aux trois cunéiformes : le premier passe en dehors et d'arrière en avant, par la partie externe du col de l'astragale, et traverse la partie externe du scaphoïde et de la partie moyenne du troisième cunéiforme ; le second traverse successivement, et toujours d'arrière en avant, la partie moyenne du scaphoïde et le second cunéiforme ; le troisième, enfin, traverse, dans la même direction, la partie interne du col de l'astragale, celle du scaphoïde et le premier cunéiforme ; des boucles retiennent les extrémités postérieures des trois fils aux endroits où elles correspondent, tandis que leurs extrémités antérieures, qui sortent par la face antérieure des trois cunéiformes, servent, ainsi que les deux fils qui traversent le cuboïde, à articuler le tarse avec les cinq os du métatarse. La jonction de ces derniers et celle des trois ordres de phalanges s'exécutent de la même manière qu'à la main.

Une fois que les os du pied se trouvent joints ensemble, il ne reste plus qu'à les unir à ceux de la jambe ; c'est ce que l'on obtient en se servant d'une goupille qui traverse successivement la malléole interne, l'astragale et la malléole externe. Cette goupille réunit en même temps les extrémités inférieures des deux os de la jambe.

SQUINE, s. f., *smilax china*. On désigne sous ce nom, en matière médicale, la racine d'une plante de la Chine qui appartient à la dioécie hexandrie, L., et à la famille des asparaginées, J.

Cette racine nous arrive, par la voie du commerce, en gros morceaux tortueux, noueux, irréguliers, un peu comprimés et lourds, recouverts d'un épiderme rougeâtre. Elle est blanche et légèrement rosée à l'intérieur. Son tissu est poreux, spongieux et presque subéreux. Elle n'a pas d'odeur, et presque point de saveur, si ce n'est lorsqu'on la mâche pendant long-temps, car alors elle fait sur la langue une impression analogue à celle de la réglisse. Nous n'en possédons pas d'analyse récente, et sur laquelle on puisse compter. Elle contient beaucoup de fécule amylacée, et probablement aussi une certaine quantité de principe sucré.

La squine a joui pendant long-temps d'une grande vogue, qu'elle dut peut-être à l'usage, inutile cependant, qu'en fit Charles-Quint, mais, sans contredit, aux éloges de Vésale, qui la recommanda surtout comme un sudorifique assuré, et vanta ses vertus curatives dans un grand nombre d'affections morbides, principalement dans les maladies vénériennes. Elle est restée depuis lors comprise dans la classe des sudorifiques, mais on la regarde comme à peu près inerte, ou du moins comme plutôt émolliente qu'excitante. On ne l'emploie presque jamais seule, et le plus souvent on l'associe aux autres bois sudorifiques, après l'avoir coupée en tranches ou rondelles. Sa dose varie depuis deux gros jusqu'à une once par pinte de liquide, auquel elle communique une couleur rougeâtre.

SQUIRRHE, s. m., *scirrhus*. Ce mot, employé par Galien pour désigner l'état d'une partie augmentée de volume, dure et indolente, servait pour désigner toute tumeur dure, mobile, circonscrite, égale, rénitente, peu ou point douloureuse au toucher; sans élasticité, sans changement de couleur à la peau; développée aux testicules, aux mamelles, aux glandes lymphatiques, à la matrice, aux ovaires, à l'œil, à la langue, à la verge, à l'extrémité inférieure du rectum, au pylore, au cœcum, au foie, à la rate; n'affectant les femmes qu'après la trentième année; se montrant ordinairement de quarante à cinquante; et se terminant très-souvent par le cancer, en devenant douloureuse et bosselée, surtout par suite d'applications irritantes sur les tissus enflammés. On considérait comme causes du squirrhe, les contusions, la suppression des hémorrhoïdes, des règles ou de la leucorrhée, de la suppuration de vieux ulcères, des virus vénérien, dartreux, psorique, scrofuleux, goutteux; le séjour dans une atmosphère froide et humide, le défaut d'exercice, une mauvaise nourriture, le chagrin,

l'hérédité. Sous le rapport de l'anatomie pathologique, on se bornait ensuite à dire que tout organe squirrheux perdait son aspect caractéristique, devenait jaunâtre, grisâtre, dur et ressemblant à du lard rance. Cet état morbide était d'ailleurs regardé comme le plus ordinairement incurable, fréquemment mortel, à cause du passage à l'état de cancer, et ne se terminant par résolution ou ne restant stationnaire que fort rarement. Sans avoir égard à la nature réputée inconnue du mal, on recommandait à peu près tous les moyens pharmaceutiques, hygiéniques et chirurgicaux, en raison des causes présumées de l'affection, lorsque Dupuytren établit la distinction des transformations et productions avec ou sans analogues dans l'organisme, et plaça le squirrhe entre le tubercule et le cancer. Bayle et Laënnec ont depuis étudié cette altération de tissu, qui est aujourd'hui aussi bien connue dans ses caractères distinctifs, qu'elle l'était peu à la fin du dernier siècle.

Cruveilhier dit, d'après Dupuytren :

« La première variété de la dégénération cancéreuse est le squirrhe proprement dit, qu'il ne faut pas confondre avec l'induration : son tissu est divisé en lames ténues, sans disposition linéaire, souvent lobuleux, ayant une consistance qui varie depuis celle du cartilage et du fibro-cartilage jusqu'à celle du lard, dont il offre l'aspect, et paraissant formé d'un tissu fibreux et cellulaire pénétré d'albumine. Ses caractères pathologiques sont plus remarquables. Il envahit tous nos tissus, soit primitivement, soit consécutivement, mais affecte une triste prédilection pour les tissus à la fois très-sensibles et abondamment pourvus de vaisseaux blancs; survient spontanément ou succède à un engorgement par cause externe, scrofuleux, vénérien ou autre; attaque, le plus communément, à cette époque critique où l'homme et la femme deviennent impropres à la reproduction; n'a nullement la propriété contagieuse; paraît quelquefois dû à une cause extérieure, mais le plus souvent à une cause intérieure; fait éprouver des douleurs lancinantes, des éclairs de douleur (comme le disait énergiquement une malade à Dupuytren); ne rétrograde jamais vers l'organisation première; marche tantôt avec une rapidité effrayante, et fait périr en quelques mois, tantôt d'une manière chronique, et est encore susceptible des secours de l'art au bout de six mois, un an, deux ans; quelquefois enfin reste stationnaire pendant dix, quinze ans; n'imprime aucune altération évidente à l'économie, et ne paraît pas hâter l'instant de la mort; s'étend par continuité de tissu et par la résorption lymphatique; tue quelquefois sans passer à des altérations ultérieures, mais le plus souvent devient le siége d'un travail intérieur; dans quelques cas rares, tombe en gangrène, et est

expulsé en totalité; le plus souvent passe à l'état d'ulcère, ou bien se ramollit et devient semblable au cerveau d'un enfant nouveau-né. »

Dupuytren n'a pas dit que le squirrhe attaque l'homme à l'époque où il devient impropre à la génération; non, Dupuytren n'a pas dit cela. Cette description tronquée n'est que le squelette des belles leçons de Dupuytren sur le squirrhe; nous ne mettons pas en doute que les notes sur lesquelles Cruveilhier l'a rédigée, n'aient été prises au cours de ce célèbre professeur, qui, le premier, a véritablement enseigné l'anatomie pathologique descriptive; mais ces notes ont été prises à la manière d'un élève qui recueille quelques mots çà et là, qui perd souvent la suite d'un raisonnement, et qui, dans une rédaction plus ou moins tardive, ne reproduit ni la forme, ni la substance du discours.

Enfin, le squirrhe proprement dit est, selon Laënnec, une matière d'un blanc un peu bleuâtre ou grisâtre, légèrement demi-transparente, dont la consistance, dans l'état de crudité, varie depuis celle de la couenne de lard, avec laquelle elle a beaucoup d'analogie pour l'aspect, jusqu'à une dureté voisine de celle des cartilages; ordinairement divisée en masses, subdivisées elles-mêmes en lobules, réunies par un tissu cellulaire très-serré, et dont la forme très-variable offre quelquefois une sorte de régularité et un aspect qui se rapproche de celui des alvéoles de l'abeille. Dans l'état de ramollissement, cette matière prend graduellement la consistance et l'aspect d'une gelée ou d'un sirop, dont la transparence est quelquefois troublée par une teinte grisâtre sale, ou par un peu de sang. Cette matière morbifique, ajoute Laënnec, présente, soit dans l'état de crudité, soit dans celui de ramollissement, plusieurs différences, dont quelques-unes constituent des variétés, et peut-être même des espèces différentes; les tumeurs désignées par quelques auteurs sous les noms de *gummi* ou *gummata*, en constituent une des plus tranchées.

Le squirrhe se montre quelquefois seul, plus souvent juxtaposé, ou mélangé confusément avec l'encéphaloïde, dans les tumeurs cancéreuses, et même avec les tubercules, les mélanoses. Jamais, selon Laënnec, le tissu accidentel sans analogue qu'il appelle squirrhe, ne passe à l'état cérébriforme; ainsi, quand on dit que le squirrhe passe à l'état cancéreux, dans le langage vulgaire, cela signifie seulement qu'une tumeur lisse et indolente devient inégale, bosselée et douloureuse. Il n'est pas de signe d'après lequel on puisse affirmer qu'une tumeur ne renferme que de la matière squirrheuse, avant l'examen anatomique; par conséquent, le squirrhe proprement dit n'est jamais un sujet patent d'indication. Mais si on appelle squirrhe toute tumeur telle que celle que

nous avons décrite au commencement de cet article, c'est une maladie qui se résout très-rarement, qui empire sous l'influence des irritans, et qui nécessite l'emploi de l'instrument tranchant, lorsque des douleurs vives, et de plus en plus rapprochées, s'y font sentir. *Voyez* CANCER.

STACHIDE, s. f., *stachys;* genre de plantes, de la didynamie gymnospermie, L., et de la famille des labiées, J., qui a pour caractères : calice anguleux, à cinq dents pointues; corolle bilabiée, à lèvre supérieure en voûte, à lèvre inférieure divisée en trois lobes, dont le médian échancré et les deux latéraux réfléchis; étamines rejetées sur le côté après la floraison.

La *stachide des bois*, *stachys sylvatica*, plante assez commune dans les lieux humides, passait autrefois pour jouir de propriétés vulnéraires et résolutives, et l'on en appliquait les feuilles pilées sur les ulcères rongeans, pour faciliter et hâter les progrès de la cicatrisation. Les médecins n'en font aucun usage, et il paraît seulement que les habitans des campagnes s'en servent encore quelquefois. Elle est excitante, comme toutes les autres labiées aromatiques.

Les mêmes propriétés ont été accordées à la *stachide des marais*, *stachys palustris*, autre plante également commune dans nos climats, et qui jouissait même d'une bien plus grande réputation, comme moyen propre à accélérer la guérison des plaies, puisqu'on lui avait donné l'épithète fastueuse de panacée des laboureurs. Le sirop préparé avec cette plante a été vanté par Hermann comme un excellent remède contre l'enrouement, et le végétal lui-même passait aussi pour un fébrifuge puissant. On ne s'en sert plus aujourd'hui.

La *stachide d'Allemagne*, *stachys germanica*, qui affectionne de préférence les lieux montueux, n'a jamais été fort usitée en médecine, malgré les éloges que Boerhaave lui a donnés comme moyen efficace contre l'apoplexie, l'épilepsie et les vapeurs.

Nous répéterons, à l'égard de ces trois plantes, ce que nous avons déjà dit plus d'une fois en parlant d'autres labiées plus ou moins riches en huile aromatique, c'est qu'elles sont toniques et excitantes, et qu'à ce titre on ferait peut-être bien de ne pas tant les dédaigner, tandis qu'on emploie une foule de substances exotiques qui ne l'emportent guère sur elles.

STAHLIANISME, doctrine de Stahl, qui, après avoir régné dans l'école de Halle, devint, à Montpellier, la source du vitalisme. Partant de l'idée que l'homme consiste dans un principe incorporel et impérissable, et d'un corps composé corruptible, Stahl distinguait une *vie naturelle* ou *du corps* qu'il définissait l'activité de l'âme dans le corps, d'où résul-

tent le mouvement, les sécrétions, les excrétions, et la conservation du composé corporel; la *vie spirituelle*, ou les rapports de l'âme avec Dieu; et la *vie primaire* ou *propre*, qui est l'existence de l'âme en tant qu'esprit. Stahl unissait, de cette manière, la physiologie à la psychologie. Mais, au lieu de considérer l'âme comme un simple *impetum faciens*, et comme la *partie immatérielle et pensante* de l'homme, il la peignait comme présidant à tous les actes organiques, même ceux qui ont lieu sans conscience. Pour réfuter cette doctrine, qui fait jouer à l'âme un rôle peu digne d'une émanation de la divinité, il suffit de renvoyer à Bossuet.

Stahl admettait, comme maladies primitives: la pléthore, l'épaisseur du sang, la cacochymie, l'hémorrhagie, la congestion complète, l'incomplète ou rhumatisme, l'inflammation, le spasme, le spasme goutteux, la convulsion, la fièvre, l'œdème, la cachexie, l'hydropisie, etc. En un mot, il suivit la marche adoptée depuis Galien, et qui consistait dans une revue des maladies, en partie d'après leurs symptômes prédominans, leur nature présumée, et en partie *a capite ad calcem*.

Il fit une étude spéciale des hémorrhagies et des congestions; et, de ses travaux, c'est tout ce qui reste aujourd'hui dans la science. La congestion, disait-il, est une direction spéciale du sang, déterminée par l'âme, au moyen d'un mouvement tonique plus énergique, vers un lieu particulier, où ce liquide s'accumule jusqu'à ce qu'il soit évacué par une hémorrhagie. Il distinguait la congestion, qui est active, de la *stagnation*, dans laquelle la progression est empêchée; de la *stase* et de l'*obstruction*, dans lesquelles non-seulement le mouvement mais encore la qualité des humeurs sont altérés. Il divisait les congestions en complètes, donnant lieu aux hémorrhagies; et incomplètes, qui s'étendent au loin, sont ambulantes, et donnent lieu à des douleurs vagues ou à des flux muqueux.

C'est en combinant cette doctrine des congestions avec celle de l'inflammation et avec l'irritabilité de Haller, que les élèves de Sauvages, de Bordeu, de Barthez, de Fabre, de Vicq-d'Azyr, de Chaussier, de Bichat, sont arrivés à la théorie actuelle de l'inflammation.

Stahl voyait des congestions partout où l'on voit maintenant des irritations; il appliquait, des sangsues surtout à l'anus, pour faire cesser les congestions de la veine-porte, qui, dans son école, était appelée *porta malorum*, comme aujourd'hui on le dirait, si on l'osait, de l'estomac.

Les véritables services rendus à la science par Stahl, sont: ses recherches sur les directions du sang; son éloignement pour toute théorie chimique; l'isolement salutaire qu'il établit

entre la physiologie et la physique, isolement qui aurait été plus fructueux, s'il n'eût trop rapproché la physiologie de la psychologie; le mépris qu'il a témoigné dans sa vieillesse pour les médicamens, dont il avait reconnu la fréquente inutilité et les mauvais effets plus fréquens encore.

Comme presque tous les réformateurs, Stahl fut absolu dans ses doctrines, intolérant envers ses confrères, âpre dans la discussion, sans doute parce qu'il sentait les imperfections de sa doctrine, en même temps qu'il s'exagérait les services qu'il avait rendus à la science et à l'humanité. Un de ses élèves disait: Dans les congestions hypochondriaco-ischiadico-podagrico-hémorrhoïdales opiniâtres, les sangsues appliquées à l'anus jouissent d'une efficacité telle, qu'on ne peut l'espérer de toute autre médication. Certains élèves de certain professeur pourraient dire aujourd'hui : dans les irritations gastro-neuro-arthro-intestinales, les sangsues appliquées à l'épigastre, jouissent d'une efficacité à nulle autre pareille.

STAPHYLOME, s. m., *uvatio*. Ce mot est employé pour désiger, 1° la petite tumeur formée par la membrane iris saillante à travers la cornée divisée par un instrument tranchant ou rupturée à la suite d'une inflammation; en un mot, la hernie de l'IRIS; 2° la proéminence de la cornée, qui acquiert ainsi l'aspect d'un grain de raisin; 3° une tumeur en segment de sphère à la sclérotique, provenant de l'éraillement de quelques-unes de ses fibres.

Le staphylôme de la cornée résulte de la saillie de cette membrane, ordinairement amincie, poussée en avant par l'humeur aqueuse surabondante ;les abcès de la cornée disposent à cette altération. La cornée forme quelquefois plusieurs protubérances; ordinairement il n'y en a qu'une seule, et alors elle occupe pour l'ordinaire la moitié inférieure de la cornée. Peu à peu cette membrane se dilate et devient saillante, conique, au point que les paupières ne la recouvrent plus en entier. Elle finit par perdre sa transparence; alors la vision déjà diminuée s'éteint tout à fait. Il est des staphylômes de la cornée qui consistent uniquement dans la saillie prononcée de la cornée sans amincissement, sans conicité, et par suite seulement de l'abondance naturelle de l'humeur aqueuse; la membrane conserve alors sa transparence, et la vue subit peu d'altération. Il est rare que la cornée staphylomateuse soit épaissie; cependant Richter l'a vue cartilagineuse en pareil cas. Plus souvent elle s'amincit de plus en plus à son centre, et finit par se rompre à la plus légère ophthalmie; l'humeur aqueuse s'écoule, se renouvelle; après quelque alternative, une vive inflammation procure l'atrophie du globe. Il y a toujours des vaisseaux sanguins distincts dans la cornée affectée

de staphylôme, ou du moins, quand on l'incise, du sang paraît à la surface de la plaie. La couleur la plus commune du staphylôme est le blanc perlé, marqué de taches bleuâtres quand l'opacité a lieu. Il est des staphylômes très-développés sans changement dans la teinte de la cornée, et c'est alors que la tumeur a réellement beaucoup de ressemblance avec un grain de raisin.

Le staphylôme de la cornée n'est que l'effet de l'amincissement total ou partiel de cette membrane, ou bien le premier degré de l'hydrophthalmie. Ces deux conditions morbides se réunissent souvent pour le constituer.

Le traitement de ce staphylôme consiste dans les précautions à prendre pour éviter que l'œil affecté soit atteint par un corps étranger quelconque, et l'emploi des moyens à l'aide desquels on peut espérer de diminuer ou faire cesser l'inflammation chronique interne du globe de l'œil, qui l'accompagne ordinairement. La compression est un moyen absurde. La ponction soulage les douleurs, souvent intolérables, ressenties dans l'œil et aux environs. Quand le mal est au plus haut degré, et la douleur très-vive, il devient souvent indispensable de hâter le moment où l'œil s'atrophiera, après s'être rompu à diverses reprises; pour cela, il faut enlever un segment de la cornée avec des ciseaux. L'espèce de guillotine imaginée par Demours est un instrument digne du moyen âge.

Le staphylôme de la sclérotique, toujours partagé par la choroïde, est occasioné par une contusion, une blessure; il accompagne celui de la cornée; quand il existe seul, il s'étend de la partie postérieure de la sclérotique au voisinage de la cornée, et c'est près d'elle qu'il est le plus considérable. Quelquefois on l'a trouvé, après la mort, situé à la région inférieure latérale externe. Il paraît que toujours la sclérotique est amincie, à la manière peut-être des aponévroses éraillées. Des douleurs accompagnent souvent ce staphylôme, comme le précédent. Celui de la sclérotique réclame l'emploi des antiphlogistiques et des calmans; quand il est seul, jamais l'ouverture du globe n'est indiquée. Quand il est continu à un staphylôme de la cornée, c'est de l'état de celui-ci qu'on doit tirer les indications.

STAPHYLORAPHIE, s. f., nom imposé, durant ces dernières années, à la suture du voile du palais. Comme la lèvre supérieure et la voûte palatine, cet organe demeure, chez certains sujets, séparé sur la ligne médiane en deux moitiés égales, que l'élasticité des tissus et les contractions musculaires écartent l'un de l'autre. Analogue au bec de lièvre congénial, et produite par les mêmes causes, cette disposition anormale était autrefois considérée comme très-rare, par la

raison, sans doute, que les chirurgiens, ne pouvant y remédier, ne lui accordaient qu'un faible intérêt. Depuis que les travaux de Grœfe, en Allemagne, et de Roux, en France, ont fixé l'attention sur ce point, on a vu subitement se multiplier, en quelque sorte, les exemples de bifurcation du voile du palais. Cette grave lésion s'est, dès lors, montrée plus fréquente qu'on ne l'avait pensé, et toutes les variétés dont elle semble susceptible ont été en peu de temps observées et décrites.

Elle se présente, en général, sous trois formes ou degrés bien distincts. A la première catégorie appartiennent les cas où la luette seule est divisée, le reste de l'organe auquel elle appartient présentant la forme et l'organisation complète qui constituent l'état normal. Cette disposition est très-rare. A peine a-t-on rencontré quelques sujets qui la présentassent, et il paraît que, sous le nom de *luette bifide*, les auteurs ont souvent désigné, moins des divisions bornées à cette appendice, que de véritables bifurcations de la plus grande partie ou même de la totalité du voile palatin. Quoi qu'il en soit, on trouve alors cet organe terminé en bas par deux éminences mamelonnées, séparées l'une de l'autre par un intervalle plus ou moins étendu, et obéissant, chacune, aux muscles de la moitié du voile à laquelle elle correspond. A un degré de difformité plus avancé, non-seulement la luette, mais toute la hauteur du septum palatin, sont divisés le long de la ligne médiane. Quelquefois, cependant, la section se borne au tiers ou à la moitié inférieure de l'organe, le reste présentant encore la continuité de texture qu'il doit avoir. Enfin, aux cas les plus graves se rallient ceux dans lesquels, non-seulement le voile du palais, mais la voûte palatine et quelquefois la lèvre supérieure, sont elles-mêmes le siége d'une semblable difformité. Il est manifeste qu'alors les efforts organiques sont demeurés impuissans, à une époque plus ou moins avancée de la gestation, pour réunir et agglutiner les deux moitiés latérales, en lesquelles sont divisées d'abord toutes les parties situées sur la ligne médiane, et qui présentent ensuite, pendant le reste de la vie, un raphée saillant, trace de l'espèce de suture dont elles ont été le siége.

Quelle que soit son étendue verticale, et qu'elle se propage ou non à la voûte palatine, la division congéniale du voile du palais est toujours unique. Les parties latérales qui résultent de cette disposition sont rétractées en dehors, et laissent entre elles un intervalle triangulaire, plus large en bas qu'en haut. A chaque moitié, est suspendue la portion de luette qui lui appartient. Les bords de la division sont arrondis, un peu plus épais inférieurement qu'à leur partie supérieure, et recouverts par une pellicule membraneuse rougeâtre, difficile

à distinguer de la membrane muqueuse environnante. La communication établie par le fait de la difformité, entre la cavité buccale et l'arrière-bouche, est d'autant plus large et plus directe que la division du voile palatin est plus complète; elle s'étend aux fosses nasales, lorsque les os du palais et les maxillaires supérieurs sont séparés des organes semblables du côté opposé. Quelquefois, la machoire supérieure, ainsi divisée d'avant en arrière dans toute son étendue, ne présente plus que deux masses latérales, n'ayant entre elles aucune connexion apparente, et constituant, en quelque manière, deux organes distincts, qu'une scissure profonde sépare l'un de l'autre.

Les incommodités produites par la bifurcation du voile du palais, sont proportionnées à l'étendue de la division dont cet organe est atteint. La simple bifurcation de la luette n'entraîne presque aucun inconvénient. Les sujets peuvent alors parler d'une manière distincte, et les actions relatives à la déglutition des alimens ou des boissons sont à peine altérées. Il n'en est point de même dans les cas où le voile palatin se trouve entièrement divisé, et moins encore dans ceux où la voûte palatine participe à la difformité. Alors les accidens sont portés au plus haut degré. Chez l'enfant nouveau-né, la bifurcation du voile du palais, alors même que la paroi supérieure de la bouche est intacte, entraîne une difficulté extrême dans l'exercice de la succion du lait, et ensuite dans la déglutition de ce liquide. La base de la langue ne pouvant alors s'appliquer exactement aux parties divisées, le vide ne saurait être fait dans la bouche avec assez de force pour y attirer le liquide du sein maternel. Il y a même une impossibilité complète de produire cet effet lorsque la voûte palatine est fendue. Dans ces occasions, il faut, ou placer l'enfant, pendant qu'il tette, dans une position verticale, et aider à l'action imparfaite de sa bouche par une pression continuée sur le sein, ou, si ce premier moyen ne réussit pas, recourir, pour l'alimentation, au biberon ou à la cuiller. La difficulté d'avaler les alimens et surtout les substances liquides, la facilité avec laquelle ces matières reviennent de l'arrière-bouche dans les fosses nasales lorsque la déglutition est troublée, l'impossibilité absolue de souffler, de tirer du son des instrumens à vent, de humer les boissons comme on le fait pour se désaltérer au bord d'un ruisseau : telles sont quelques-unes des principales incommodités qui affligent, plus tard, les sujets dont le voile du palais est bifurqué.

L'exercice de la parole est la fonction que cette difformité altère le plus. La voix présente alors ce timbre désagréable et nasonné que l'on remarque chez les personnes dont le voile du palais ou la voute palatine ont été perforés ou en partie dé-

truits par les érosions syphilitiques dont ces organes sont si fréquemment le siége. L'articulation des sons est pénible et fatigante, non-seulement pour le malade, mais pour les personnes qui l'écoutent. Les syllabes gutturales ou articulées ne peuvent être prononcées que d'une manière imparfaite, et quelquefois le son discordant qui les remplace rend le discours presque inintelligible. On conçoit combien une semblable imperfection dans l'usage du principal moyen de transmettre les idées doit nuire aux progrès de l'éducation intellectuelle des enfans, et, chez les sujets adultes, à l'expression de la pensée.

La bifurcation du voile du palais n'est jamais accompagnée de perte réelle de substance à cet organe. Les deux parties latérales qui le constituent présentent, comme les moitiés de la lèvre, dans le bec de lièvre, leurs dimensions normales; elles peuvent être mutuellement rapprochées et mises en contact sans qu'il soit besoin d'exercer sur elles beaucoup d'efforts. Il y a plus, lorsque la bouche étant ouverte, le malade exécute un mouvement de déglutition, on voit quelquefois, ainsi que l'a observé Roux, le jeu des muscles ramener vers le centre et affronter pendant un instant presque indivisible les tissus divisés. C'est cette action, difficile à comprendre d'après la disposition connue des muscles staphylins, et durant laquelle la continuité de l'organe se trouve momentanément rétablie, qui a éclairé tout à coup le chirurgien que nous venons de citer, sur la possibilité de remédier par la suture à la difformité qu'il avait sous les yeux, et dont il examinait attentivement les dispositions. On ne connaissait pas alors en France les tentatives de Græfe pour atteindre le même but, et si les deux opérateurs se sont rencontrés dans le choix des moyens qu'ils ont mis en usage, on doit l'attribuer à la nature tellement évidente de la lésion, qu'elle ne comportait presque aucune incertitude dans la détermination des indications à remplir, et dans l'exécution du procédé le plus propre à la faire cesser. Il ne pouvait être question que d'aviver les bords de la division anormale, de les rapprocher et de les maintenir en contact jusqu'à l'époque nécessaire pour en obtenir l'agglutination. Une opération analogue à celle du bec de lièvre pouvait seule être tentée dans de semblables circonstances.

Le procédé suivant, mis en usage par Roux, diffère à peine par quelques détails de celui du praticien allemand, et satisfait à toutes les conditions susceptibles d'assurer le succès de la staphyloraphie. Des aiguilles courbes ordinaires, fort petites et bien effilées; un porte-aiguille assez long pour qu'on puisse aisément, sans porter les doigts dans la bouche, retirer en arrière l'anneau qui en maintient les branches rapprochées; des pinces à anneaux, un bistouri boutonné, ou, mieux encore, des ciseaux à branches très-longues, dont les lames, fort

courtes, sont coudées dans le sens d'un de leurs bords, immédiatement au dessus de l'écusson; enfin, des fils cirés larges et aplatis, tels sont les instrumens nécessaires pour pratiquer cette opération. Chaque fil ciré doit être armé de deux aiguilles, placées à ses extémités. Le sujet doit être assis sur un siége solide, et assez élevé pour que le chirurgien n'ait pas besoin de se trop courber afin d'agir dans le fond de la cavité buccale. La tête sera maintenue fixée contre la poitrine d'un aide, et la bouche, largement ouverte, doit être dirigée de telle sorte, que la lumière y pénètre directement et en éclaire les parties les plus profondes. Si le malade était, sinon indocile, du moins assez peu sûr de lui pour ne pas répondre de tenir constamment ses mâchoires écartées, il conviendrait de placer entre les dents molaires, de chaque côté, un morceau de bois tendre ou de liége, destiné à prévenir leur rapprochement.

Ces préparatifs étant terminés, le chirurgien, placé vis-à-vis du malade, introduit dans la bouche, jusque derrière le voile du palais, à l'aide du porte-aiguille, une des aiguilles dont le premier fil est armé. Avant de la faire agir, il attend que les parties soient revenues à l'état de repos, puis il enfonce la pointe de l'instrument dans l'organe, et transperce une de ses parties d'arrière en avant, à quatre lignes environ du bord anormal qu'il s'agit de réunir au bord opposé. La pointe de l'aiguille, faisant autant que possible saillie en avant, doit être saisie avec les pinces à anneaux, et retirée vers la bouche, après que l'on a fait lâcher prise au porte-aiguille. Un des bouts de la ligature se trouve alors placé. L'aiguille, qui arme son extrémité opposée, est ensuite portée, de la même manière, derrière l'autre portion du voile palatin, qu'elle traverse, à la même hauteur et suivant le même mécanisme, afin d'achever le placement du premier fil. Il convient d'exécuter ce premier temps de l'opération en procédant de bas en haut. Trois ligatures suffisent ordinairement. Une doit être placée un peu au dessus du bord inférieur du voile du palais, la seconde vers le milieu de la hauteur de cet organe, et la troisième au niveau de l'angle d'union des deux bords de la fente anormale qui le divise. Les anses formées par elles sont dirigées en arrière, et leurs extrémités correspondent à la cavité de la bouche.

Afin de rendre saignantes les lèvres de la division dont les moyens de rapprochement viennent d'être ainsi disposés, le chirurgien doit saisir avec des pinces à anneaux la partie du voile du palais la plus voisine de l'angle inférieur de la fente, l'attirer légèrement à lui, et la mettre dans un état de tension qui favorise l'action de l'instrument. Le bistouri boutonné, porté en dehors de la pince, le tranchant en haut, et tenu de la main

droite pour opérer sur le côté gauche, et réciproquement, doit être conduit, en tirant de bas en haut de manière à resciser un lambeau d'une demi-ligne d'épaisseur environ dans toute l'étendue du bord anormal du voile palatin. Il faut prolonger cette section au delà de la commissure des deux moitiés de l'organe, et disposer les deux plaies de telle sorte, qu'elles se réunisssent supérieurement à angle très-aigu, en ne laissant entre elles aucune partie que l'instrument tranchant n'ait avivée. Lorsqu'on fait usage des ciseaux, le bord à retrancher étant placé entre leurs lames, dont les extrémités émoussées sont dirigées en haut, la résection s'opère en deux ou trois coups, avec plus de facilité et une régularité plus grande que lorsqu'on se sert du bistouri, dont l'action est longue, difficile à supporter, et expose quelquefois à produire une plaie anguleuse, à raison des contractions involontaires dont les parties sont agitées pendant qu'elle a lieu.

Le chirurgien termine enfin l'opération en nouant les extrémités des fils. Il commence encore par les ligatures inférieures. Pour cela, les parties étant rapprochées, un premier nœud est fait, serré au degré convenable, puis saisi par un aide avec les pinces à anneaux, afin qu'il ne se relâche pas, jusqu'à ce que le second nœud soit formé et tiré sur lui, de manière à assurer la solidité de la réunion. Les bouts excédans des fils sont ensuite retranchés avec les ciseaux, et l'on abandonne les parties à elles-mêmes.

L'opération de la staphyloraphie est incontestablement une des plus difficiles et des plus laborieuses de la chirurgie. Elle exige autant d'adresse de la part du chirurgien, que de patience et de résignation de celle du malade. On ne peut manifestement la pratiquer que sur des sujets dont la raison est assez développée, et qui sentent assez fortement l'importance du but que l'on se propose d'atteindre en la pratiquant, pour se soumettre sans résistance aux manœuvres minutieuses et pénibles qu'elle exige, ainsi qu'aux privations qu'il faut s'imposer, afin de n'en pas compromettre le succès. On ne saurait donc la mettre en pratique sur les enfans; mais à partir de l'adolescence, elle réussit d'autant mieux, et remédie d'autant plus promptement et plns sûrement aux incommodités que la division du voile du palais entraînait, que le sujet est plus jeune, et ses organes plus susceptibles encore d'éducation et de perfectibilité. Les irritations du pharynx, celles de la poitrine et des conduits aériens, sont autant de contre-indications absolues à la pratique de la staphyloraphie. Les secousses de la toux ne manqueraient pas de faire échouer le travail de la réunion, soit en occasionant la déchirure des tissus que les fils embrassent, soit en provoquant entre les parties rapprochées

des mouvemens qui rendraient leur agglutination impossible. Roux cite l'observation remarquable d'un jeune homme chez lequel l'opération pratiquée sous les plus favorables auspices, échoua cependant deux fois, à la suite d'une toux que l'irritation du voile du palais développait pendant les jours suivans.

Lorsque les deux moitiés du voile du palais sont maintenues en contact par les fils, il faut que le sujet s'interdise aussitôt tout mouvement susceptible de troubler le travail organique de la réunion. Pendant les trois à quatre premiers jours, il ne doit pas proférer un seul mot, prendre la moindre parcelle d'aliment ou de boisson, et même avaler sa salive. Toutes ces actions seraient nuisibles et pourraient faire échouer l'opération. Il convient d'écarter de l'opéré toutes les causes susceptibles d'exciter le rire, l'éternuement, la toux et les autres actions qui ébranlent et agitent les parties voisines de l'isthme du gosier. Des lavemens fréquens et des bains peuvent suppléer jusqu'à un certain point, pendant la durée du traitement consécutif, les alimens et les boissons. La phlogose qui survient aux parties rapprochées, n'a jamais présenté un degré d'intensité remarquable, et exigé de soins particuliers. On conçoit cependant que des saignées locales pratiquées à la partie supérieure du cou, pourraient être rendues nécessaires par sa trop grande violence. Dans les cas les plus heureux, lorsque rien n'a troublé la marche du travail organique, on peut ôter le fil supérieur à la fin du quatrième jour, et celui du milieu le jour suivant; la prudence conseille de laisser le fil inférieur jusqu'au sixième jour environ. Des ciseaux à pointe mousse solide et bien tranchans servent à couper les ligatures près du nœud; puis, celui-ci étant saisi avec les pinces à anneaux, on en débarrasse les parties avec d'autant plus de facilité qu'elles sont molles, humides et non recouvertes d'un pus desséché, susceptible de s'opposer à l'exécution de cette légère opération.

A partir du cinquième et du sixième jour, le malade peut commencer à prendre, avec de grandes précautions, quelques cuillerées de bouillon, puis des potages très-clairs, enfin des alimens de plus en plus solides. Rien ne s'oppose dès lors aussi à ce qu'on lui accorde la permission d'articuler quelques mots, et de se livrer graduellement à l'exercice de la parole.

Depuis que la staphyloraphie a été pratiquée avec succès en France, divers chirurgiens de la Belgique et de l'Angleterre se sont empressés d'y recourir, et en ont obtenu des succès remarquables. Alcock de Londres crut devoir s'écarter du procédé que nous avons décrit, et se servir de la suture entortillée; mais le manuel de l'opération, loin d'être amélioré par une addition de ce genre, se trouve manifestement, au contraire, surchargé de complications nouvelles et superflues. Quelques

personnes ont commencé par resciser les bords de la plaie avant de placer les fils destinés à opérer la coaptation. Rien ne semble, au premier abord, plus indifférent qu'une modification semblable; cependant le sang qui s'écoule de la plaie, la douleur, produite par la section, les contractions involontaires des muscles irrités, sont autant de circonstances qui peuvent rendre ensuite difficile le placement des aiguilles, et faire naître des obstacles qu'on ne rencontre pas lorsqu'on commence, ainsi que nous l'avons indiqué, par cette partie importante de l'opération.

La staphyloraphie n'est pas appliquée avec un succès égal à tous les cas de bifurcation du voile du palais. Chez un sujet docile, et lorsque rien ne vient contrarier le travail de la réunion, on peut se promettre, avec une certitude presque entière, de remédier à la difformité, dans tous les cas où la division anormale reste bornée aux parties molles, la voûte palatine étant intacte et présentant des dispositions normales. Mais, ce qui est d'ailleurs fort remarquable, l'expérience a constaté que le plus léger écartement des os qui forment en arrière le plancher des fosses nasales suffit, en s'opposant à l'exact rapprochement de l'angle supérieur de la plaie, pour faire entièrement échouer la suture. Dans tous les cas où Roux a rencontré cette disposition, la staphyloraphie est demeurée inutile : l'enlèvement des fils cirés à l'époque ordinaire était bientôt suivi de la destruction de l'espèce de cicatricule que l'on croyait fermée, et de l'écartement nouveau des parties momentanément rapprochées. Une fois seulement, chez un homme déjà âgé, les deux moitiés du voile palatin ne se disjoignirent que dans les deux tiers supérieurs de leurs bords correspondans, la réunion étant restée définitive en bas. Cette apparence de succès demeura inutile pour le malade, aucun obturateur ne put être appliqué, et les incommodités qu'il éprouvait avant l'opération persistèrent au même degré.

Il serait cependant très-important de réunir complétement, chez les sujets atteints de fissure à la voûte palatine, les divisions anormales du voile qui termine cette partie en arrière. Il en résulterait certainement une amélioration immédiate dans leur état; peut-être même que le tiraillement opéré par les parties réunies rapprocherait les os, comme après l'opération du bec de lièvre compliqué de diduction des os maxillaires supérieurs; enfin, un obturateur, placé dans la fissure osseuse et la fermant, compléterait la voute de la bouche, et rendrait possible l'exécution normale de la déglutition, de la parole et de toutes les actions qui en dépendent. Levret, Jourdain et Autenrieth se sont occupés des moyens de rapprocher, par des moyens mécaniques appropriés, les

deux portions séparées de la mâchoire supérieure. De douces tractions opérées en sens contraire sur les dents molaires, une compression latérale, exercée de dehors en dedans, et destinée à pousser les deux os maxillaires l'un vers l'autre, sont des procédés qui, dans les cas dont il s'agit, pourraient servir de préliminaire à la staphyloraphie, et en préparer le succès, par la disparition de la complication qui la fait le plus sûrement échouer. L'expérience n'a point encore prononcé sur les avantages que l'on pourrait en obtenir, chez des sujets assez jeunes pour que les os soient encore susceptibles d'obéir aux mouvemens que l'on se propose de leur imprimer. En attendant ces résultats, Roux a imaginé d'ajouter, dans un cas de division de la voûte palatine, la modification suivante à la staphyloraphie ordinaire : les fils cirés étant placés, et les bords de la plaie avivés dans toute leur étendue, il sépara transversalement la portion interne de chaque moitié du voile, de la partie postérieure de la voûte palatine, dans l'étendue de cinq à six lignes. Cette section a permis aux parties molles, jusque-là retenues écartées supérieurement par leur adhérence aux os, de s'étendre et de pouvoir être immédiatement réunies en haut comme en bas. Malgré ce surcroît de douleur, le sujet n'obtint qu'une oblitération de la moitié inférieure de la fente anormale; mais il pourra porter un obturateur qui rendra moins sensible et moins gênante la difformité qui lui reste encore.

Nous n'insisterons pas sur la staphyloraphie appliquée aux plaies récentes du voile du palais et aux perforations produites dans cette partie par les ulcères dont elle est si fréquemment atteinte : ce que nous avons dit de la suture pratiquée dans les cas de divisions anormales, suffit pour indiquer comment il faudrait procéder chez les sujets dont il s'agit ici.

STASE, s. f., *stagnatio*; séjour prolongé d'une humeur, et le plus ordinairement du sang, dans une partie organique, sans que la collection de liquide soit l'effet d'aucun excès d'action, d'aucun afflux. Tel n'était pas tout à fait le sens dans lequel Stahl employait cette expression, souvent usitée de nos jours, et jamais bien définie.

STATION, s. f., *statio*; état du corps dans lequel un plus ou moins grand nombre de muscles agissent pour le maintenir dans une situation immobile, pour en fixer les diverses parties, et pour empêcher que, par l'effet de leur propre poids, elles ne se dérobent les unes sous les autres. On a aussi défini cet état, l'immobilité active et volontaire du corps, qui s'appuie sur le sol dans une position fixe et donnée.

L'homme est susceptible de prendre un grand nombre d'attitudes variées; mais toutes ont cela de commun, que le centre de gravité du corps correspond à la partie résistante du sol

sur laquelle pèse le poids de ce dernier; et que plus cette surface, appelée base de sustentation, est large, incapable de céder, et rapprochée de la direction horizontale, plus la station est sûre et facile à maintenir, parce que, dans cette circonstance, le centre de gravité du corps a plus de facilité pour se balancer à droite ou à gauche, sans que sa ligne de propension verticale dépasse les limites de cette même base. L'homme peut se tenir immobile debout sur les deux pieds, sur un seul, ou sur leur pointe, à genoux, assis, et de quelques autres manières encore, qui ne sont que des modifications de celles-là, ou des tours de force.

La station sur les deux pieds est l'attribut caractéristique de l'homme; proposition qu'il serait oiseux de vouloir démontrer ici, quoiqu'elle ait enfanté des volumes, remplis les uns de paradoxes, et les autres d'inutilités. C'est la plus importante de toutes ses attitudes, et celle qui offre la condition préliminaire essentielle de tous ses mouvemens généraux. Pour en concevoir le mécanisme, il faut examiner tour à tour les diverses circonstances, actives ou passives, qui maintiennent toutes les articulations dans un état permanent de fixité, de la tête aux pieds. La tendance de la tête à tomber en avant est contrebalancée par l'action de ses muscles extenseurs, le splénius, les deux complexus, le trapèze et les deux droits postérieurs. Celle de la colonne rachidienne à s'incliner dans le même sens, l'est par la contraction des muscles qui remplissent les gouttières vertébrales, tels que le sacro-lombaire, le long dorsal, le transversaire, et le transversaire épineux, qui fixent les vertèbres de bas en haut sur le sacrum, après avoir commencé par maintenir les lombaires sur ce dernier os, et réduisent ainsi les vingt-quatre pièces de la colonne à la condition d'un os unique, de manière que tout le corps, y compris la tête, se trouve transformé en un seul levier jusqu'au bassin, qui lui-même en fait partie, puisque le sacrum, base du rachis, est articulé d'une manière immobile avec les os coxaux. Ce levier pesant repose, par deux points, les cavités cotyloïdes, sur deux pivots arrondis, les têtes des fémurs; ne pouvant se tenir de lui-même en équilibre sur ces deux pivots, et ayant encore de la tendance à s'incliner en avant, à cause surtout de l'obliquité du bassin, il a besoin d'être fixé par les trois fessiers, dont l'action alterne avec celle du demi-tendineux, du demi-membraneux et du biceps, afin que les uns et les autres puissent se reposer à leur tour. Peut-être aussi les muscles psoas et iliaque, quoique fléchisseurs de la cuisse, se contractent-ils en même temps, afin de fixer le fémur en devant, et lui permettre de devenir point d'appui pour les fessiers. Le levier du corps, prolongé ainsi jusqu'au genou, re-

pose alors sur le sommet des tibias, qui lui fournissent une base trop étroite pour qu'il puisse se maintenir de lui-même en équilibre sur elle; d'ailleurs son poids tend à faire fléchir la cuisse sur la jambe. C'est à cet effet que s'opposent les muscles droit antérieur et triceps crural. Il résulte de là que le levier se trouve transporté à l'extrémité inférieure des tibias, dont l'étroitesse, jointe à la mobilité de la jambe sur le pied, ne lui permettrait pas non plus de rester en équilibre sans l'action des muscles jumeaux, soléaire, grand et moyen péroniers et jambier postérieur. Enfin, le pied lui-même, déjà fixé, par le seul fait de la pesanteur du levier qu'il supporte, au sol sur lequel il s'applique à plat par une surface assez étendue, y est souvent attaché d'une manière plus solide encore par l'action des plantaire grêle, fléchisseurs superficiel et profond, lombricaux, accessoire du fléchisseur commun, long et court fléchisseurs du gros orteil, adducteur et abducteur de ce même appendice.

Ainsi, à mesure qu'une articulation se trouve fixée, elle devient un point d'appui pour les muscles qui l'unissent à la suivante; jusqu'à ce qu'enfin tout le corps semble ne plus former qu'une seule pièce de la tête aux pieds. On doit faire abstraction des membres pectoraux, qui se font équilibre par leur propre poids, et qui sont d'ailleurs attachés mécaniquement aux parties latérales du tronc. Ce long levier se maintient ensuite dans la situation verticale, parce que la surface des pieds, par laquelle il touche le sol, présente une base de sustentation assez étendue pour que la ligne de gravité puisse y tomber; mais comme les articulations, celles surtout de la moitié supérieure, tendent à se fléchir en avant, et que la base de sustentation est assez étroite, relativement à la hauteur du levier, il faut des efforts continuels, tant pour entretenir la fixité des diverses articulations les unes sur les autres, que pour maintenir le levier total dans une telle situation, que sa ligne de gravité ne sorte pas de l'espace compris par sa base de sustentation. Non-seulement les parties sont disposées de la manière la plus favorable pour produire ce résultat important, mais encore les muscles nombreux qui circonscrivent le levier agissent constamment pour le balancer, et pour faire que la ligne de gravité ne s'écarte pas de cette base, obéissant en cela à une impulsion instinctive qui règle merveilleusement la mesure de leurs contractions. La station sur les deux pieds est donc un état très-actif, et si fatigant même, que, comme on ne peut pas faire tomber toujours la verticale sur l'axe qui unit le centre des deux têtes fémorales, on la fait tomber successivement un peu en avant, en arrière et de côté, afin de n'employer à la fois qu'un certain nombre de

muscles, et de leur permettre de se reposer tour à tour. Voilà pourquoi, par exemple, lorsque la station se prolonge, l'homme fait porter alternativement le poids du corps, tantôt sur une jambe, et tantôt sur l'autre.

Dans le cours même de la station sur deux pieds, on peut mouvoir isolément et incliner de diverses manières chacune des articulations supérieures du corps. La station n'en demeure pas moins solide, pourvu que, dans ces nouvelles attitudes, la ligne de gravité ne sorte pas de la base de sustentation mesurée par les pieds. Il serait trop long d'énumérer tous les détails de ces différentes attitudes, qui varient à l'infini, et dont le mécanisme ne diffère de celui de la station verticale et fixe, que par des nuances légères, facile à saisir quand on connaît celui de l'état principal dont elles ne sont que de simples modifications.

Après la station sur deux pieds, la plus familière à l'homme est la station assise, celle dont il fait choix le plus ordinairement lorsqu'il veut se livrer au repos pendant la veille. Le corps reposant alors sur les tubérosités sciatiques, le levier se trouve diminué de toute la longueur des membres pelviens, et la base de sustentation agrandie en avant, tant parce que les tubérosités des ischions sont situées sur un plan un peu plus antérieur que les cavités cotyloïdes, que parce que les cuisses sont fléchies sur le tronc. Mais cette base n'ayant pas autant d'étendue en arrière, il en résulte que l'homme est obligé de s'incliner en avant, ou d'avoir un appui qui lui soutienne le dos. Ce sont donc les muscles psoas, iliaques, et abdominaux qui agissent alors, et de là vient que c'est surtout au ventre que la fatigue se fait sentir lorsque l'on demeure assis pendant long-temps sur un siége sans dossier; mais cette fatigue est moins considérable que dans l'attitude précédente, parce qu'il y a moins de muscles qui agissent, et que le levier auquel ils servent de soutien est moins long. Lorsque le siége se trouve garni d'un dossier, les muscles abdominaux demeurent en repos, et il ne reste plus que la tête à tenir en équilibre. On peut aussi, pendant cette station, imprimer des mouvemens divers aux articulations supérieures et inférieures à celle qui sert de point d'appui.

La situation accroupie, peu usitée chez l'homme civilisé, mais très-familière aux peuplades sauvages, est aussi une situation de repos, car la base de sustentation est assez large, et le levier diminue de toute la longueur du membre pelvien, le corps reposant à la fois sur les pieds et sur les fesses, et les cuisses étant fortement fléchies sur les jambes, que les membres pectoraux embrassent et contribuent encore à fixer, presque mécaniquement et sans efforts. Il ne reste que l'équilibre de la tête à maintenir, et l'articulation de cette partie du corps est

la seule qu'on puisse mouvoir, toutes les autres étant repliées et comme réunies en un seul faisceau.

Dans l'agenouillement, le corps repose sur les deux rotules, ce qui fait que le levier de la station est diminué de toute la hauteur de la jambe et du pied. Mais la base de sustentation, agrandie en arrière par la jambe appliquée sur le sol, n'offre aucune étendue en avant, ce qui fait qu'en l'absence d'appui mécanique dans ce sens, on est obligé de redoubler les efforts des muscles extenseurs de la colonne vertébrale. C'est ce qui fait aussi que la fatigue causée par cette station prolongée, se fait principalement sentir aux lombes, et que, pour s'y soustraire, ou pour la diminuer, on fléchit la cuisse sur la jambe, et l'on pose les fesses sur les talons, attitude qui a le double avantage, et de prévenir la chute en devant, parce qu'elle ramène la ligne verticale du corps en arrière, et de reporter une partie du poids sur les talons.

La station sur la pointe des pieds diffère des précédentes, en ce qu'au lieu de retrancher le service de quelques articulations du corps, on y ajoute au contraire celui d'une des articulations partielles du pied. Au lieu de porter sur la plante entière des pieds, le corps ne s'appuie plus que sur les premières phalanges des orteils, et l'articulation tibio-tarsienne, ajoutée à la base du levier, demande, comme toutes les autres, à être fixée, ce qui a lieu par l'action des muscles jumeaux, soléaire, jambier postérieur, grand et moyen péroniers. Cette attitude exigeant le concours d'un très-grand nombre de muscles, et des efforts très-soutenus pour maintenir la ligne de gravité dans l'étroite base de sustentation que forment les orteils, elle est très-fatigante, et ne peut être prolongée long-temps. Elle devient moins pénible lorsqu'on meut sans cesse les membres thoraciques en guise de balanciers, ou quand on a la facilité de les reposer sur quelque appui.

Dans la station sur un seul pied, la tête et la colonne vertébrale sont fixées par le même mécanisme que dans la station ordinaire, à cela près seulement que le tronc s'incline un peu, avec la hanche, sur le membre qui va porter le corps. Cette disposition est absolument nécessaire pour que l'autre membre pelvien, dégagé de tout poids, puisse se détacher du sol, et devenir étranger à la station. Les muscles qui agissent alors sont les abducteurs de la cuisse, les abdominaux, le carré des lombes, les trois fessiers, les jumeaux, le biceps, etc., qui tiennent en équilibre sur un seul fémur tout le côté du corps dépourvu de soutien. La multitude des muscles qui agissent, et l'étroitesse de la base de sustentation, que mesure un seul pied, rendent très-fatigant ce mode de station, qu'on ne saurait supporter long-temps.

Il est inutile d'indiquer ici les autres modes de station que

l'homme peut exécuter, et dont le nombre est presqu'immense, parce que, si l'on en excepte quelques-uns isolités et réservés aux bateleurs, ils sont tous des modifications ou des combinaisons diverses de ceux qui viennent d'être décrits eux-mêmes d'une manière très-sommaire.

STATURE, s. f., *statura;* taille ou hauteur du corps de chaque individu. Cette hauteur n'est pas la même partout, et varie, généralement parlant, entre six pieds et demi et quatre et demi, de manière que la moyenne proportionnelle est entre cinq et six pieds. L'homme est un peu plus grand que la femme. On peut reléguer parmi les fables tout ce qu'on a dit de nations chez lesquelles la taille dominante serait supérieure et inférieure à ces deux termes. Mais si l'on fait entrer en ligne de compte les considérations fournies par les individus pris dans toutes les nations indistinctement, on trouve que la taille de l'homme peut varier entre seize pouces et huit pieds environ.

STÉARATE, s. m.; sel formé par la combinaison de l'acide stéarique avec une base salifiable.

STÉARINE, s. f. Chevreul désigne, sous ce nom, une substance grasse particulière qui existe en grande abondance dans le suif, et que l'on rencontre aussi dans la cire végétale, le pollen des fleurs, le vernis des feuilles, etc. Elle cristallise en aiguilles blanches, disposées sous la forme d'étoiles, entre en fusion à 38 degrés, et se dissout moins que la cire dans l'alcool bouillant. Elle est combinée avec de l'oléine dans les graisses animales. Il paraît en exister plusieurs variétés distinctes.

STÉARIQUE, adj.; nom donné par Chevreul à l'acide produit par l'oxigénation de la stéarine.

Cet acide est insoluble dans l'eau, insipide et inodore. Il se fond au feu en un liquide limpide et incolore, qui, à 70 degrés, cristallise en belles aiguilles entrelacées, brillantes, du plus beau blanc. Dans l'état de liquéfaction, il s'unit à l'alcool en toutes proportions, et, en se séparant lentement de ce liquide, il prend la forme de longues écailles blanches et brillantes. L'éther le dissout aussi. Il est susceptible de s'unir à l'acide sulfurique concentré, sans éprouver aucune altération. Chauffé suffisamment avec le contact de l'air, il brûle à la manière de la cire. Cet acide existe dans le savon de graisse de mouton, de bœuf et de porc.

STÉATOME, s. m., *steatoma;* collection de matières ayant la grossière apparence du suif, ou bien amas anormal de graisse. Tout est à faire sur le stéatome, dénomination qui commence à passer de mode, parce qu'elle ne signifie rien.

STÉNOCARDIE. *Voyez* STERNALGIE.

STÉRILITÉ, s. f., *sterilitas;* se dit d'une femme qui n'a point d'enfant, ou mieux, qui n'est pas propre à en procréer. Gardien veut que l'on réserve ce mot pour désigner l'état d'une femme chez laquelle une disposition particulière s'oppose à la conception, en rendant l'acte de la copulation nul, quoiqu'il s'exécute de même que chez les autres femmes, et que l'on appelle *impuissance* la seule impossibilité d'exercer l'acte vénérien, qui n'entraîne pas nécessairement la stérilité, puisque la femme peut devenir féconde après la destruction du vice de conformation des organes génitaux qui empêchait l'introduction du membre viril. Cette distinction est effectivement importante à établir, quoique non adoptée.

La femme stérile, si l'on en juge d'après les simples apparences extérieures, jouit de l'organisation qui permet et assure la conception, de sorte qu'on est presque toujours réduit à des conjectures vagues, lorsqu'il s'agit de déterminer les causes qui s'opposent à ce que cette dernière ait lieu.

Ces causes sont l'absence de la matrice, le défaut de cavité dans son intérieur, l'oblitération de son orifice, si jamais elle a lieu; le manque, l'état squirrheux, le carcinome et l'hydropisie des deux ovaires; l'absence des deux artères spermatiques, l'oblitération des deux trompes de Fallope, et les conformations vicieuses dans lesquelles le vagin se termine en cul-de-sac à une certaine profondeur, ou s'ouvre dans la vessie. La plupart de ces vices de conformation rendent la stérilité absolue et incurable. Mais il est des vices de situation, tels que les déviations du museau de tanche, que l'on peut regarder comme des causes temporaires, soit parce que l'art parvient aisément à y remedier, soit parce qu'il suffit, pour en faire disparaître les inconvéniens, d'exercer le coït avec certaines précautions. Dans d'autres circonstances, les parties génitales sont en apparence bien conformées, et cependant une disposition particulière du tempérament ou du moral, ou une altération générale, exerçant une grande influence sur la matrice, entraîne la stérilité, qui peut alors disparaître quelquefois, au bout d'un certain laps de temps, lorsqu'on parvient à guérir les maladies qui la produisent, ou parce que le tempérament change et se modifie par les progrès de l'âge, ou enfin parce que les circonstances morales ne restent pas les mêmes.

Il est bien reconnu aujourd'hui que les flueurs blanches et le flux immodéré des menstrues ne sont point, comme on le pensait autrefois, des causes de stérilité, et que la conception n'en a pas moins lieu chez les femmes atteintes de ces deux états morbides, quoique plus difficile que chez les autres. On peut en dire autant du squirrhe et du cancer de la matrice, lésions organiques dont un état, même très-avancé, n'em-

pêche pas les femmes de concevoir et d'accoucher à terme.

On a aussi appliqué abusivement le terme de *stérilité* aux hommes qui ne peuvent engendrer, quoique n'offrant aucun vice de conformation des parties génitales.

STERNALGIE, s. f., *pectoris angor*, *angina pectoris*, *sternalgia*, *dolor pectoris*, *stenocardia*. Est-ce un symptôme, est-ce une maladie qu'on a voulu désigner sous ce nom? Pour nous préparer à répondre à cette question, remarquons d'abord qu'à l'époque où l'on a commencé à s'occuper de la douleur thoraco-brachiale appelée *angine de poitrine*, l'anatomie pathologique des organes circulatoires et respiratoires n'était pas encore parvenue au degré de précision que nous lui connaissons. De tous les auteurs qui ont écrit sur l'angine de poitrine, Heberden est celui qui a introduit le moins de suppositions dans l'histoire de cette affection.

Ceux, dit-il, qui l'éprouvent ont coutume de la ressentir à l'instant où ils marchent, principalement lorsqu'ils gravissent une élévation, et aussitôt après le dîner. Ils se plaignent d'une angoisse pénible dans la poitrine, tendant à les faire périr si elle augmente ou persévère. Cette sensation s'apaise bientôt. Au commencement de la maladie, le sujet se porte d'ailleurs très-bien sous tous les autres rapports, et il ne ressent aucune difficulté de respirer. La douleur s'étend très-souvent de la poitrine au coude gauche. Les hommes sont principalement sujets à cette maladie, passé la cinquantième année de leur âge. Son siége est tantôt à la partie supérieure, tantôt à la région moyenne, tantôt au bas du sternum, et il n'est pas rare qu'elle incline à gauche plus qu'à droite. Le pouls est en général naturel. Lorsque la maladie dure depuis un an ou davantage, elle ne cesse point quand le sujet est dans le repos; la douleur l'assaille, non-seulement pendant la marche, mais encore quand il est au lit, surtout quand il est couché sur le côté gauche, au point que souvent il est obligé de se lever. Chez quelques-uns, mais non chez tous, quand le mal est ancien, l'angoisse se renouvelle par les secousses de la voiture, de l'équitation, quand on mange avec avidité, quand on tousse, dans les efforts pour aller à la garde-robe, durant la parole, et dans les émotions de l'âme. Quelquefois le mal commence ses attaques, non-seulement dans la marche, mais quand on est dans le repos, et même assis, à l'instant du réveil. La douleur peut s'étendre à droite, non-seulement jusqu'au coude, mais encore jusqu'aux doigts; mais cela est rare. Il est aussi très-rare que le bras soit en même temps engourdi et tuméfié. Dans un ou deux malades seulement, la douleur a duré quelques heures ou même quelques jours, principalement quand le mal fut plus ancien. Chez un seul, Heberden l'a vue persé-

vérer dès sa première apparition; la douleur dura toute la nuit. Il pense n'avoir pas vu moins de cent personnes affectées de cette douleur, sur lesquelles trois femmes seulement et un enfant de douze ans éprouvèrent quelque chose de semblable. Ceux qui persistaient à marcher jusqu'à ce que l'angoisse revînt quatre ou cinq fois, vomissaient quelquefois. Une fois, la douleur ne se manifesta qu'au bras gauche seulement; dans la main, chez un sujet âgé de soixante ans, qui périt subitement à la soixante-quinzième année de sa vie. Tous les sujets qu'Heberden a vu affectés de cette maladie, lorsqu'elle est parvenue chez eux à son plus haut degré de développement, sont morts inopinément, et presque instantanément. La mort est souvent précédée de pressentimens sinistres.

Heberden attribuait cette maladie à la *distension*, et non à l'inflammation, parce que, disait-il, elle vient subitement et cesse de même; elle a de longues intermissions complètes; le vin, les potions vineuses et l'opium, produisent un soulagement marqué; les émotions morales augmentent le mal; il dure de longues années, sans autres altérations de la santé; au commencement, il n'est pas excité par les secousses de la voiture ou l'équitation, comme il arrive au squirrhe et à l'inflammation; le pouls n'est pas accéléré dans l'accès lui-même; enfin, chez plusieurs sujets, il survient après le premier sommeil, qui est l'instant le plus ordinaire des distensions. Je ne dois pas dissimuler toutefois, dit Heberden, qu'un ou deux sujets m'ont dit avoir craché du pus et du sang, qui leur ont paru venir du siége de la douleur, et que l'un d'eux, qui mourut subitement, exhalait par les narines une odeur désagréable, telle que pourrait l'être celle d'une vomique. A l'ouverture du cadavre, on ne trouva d'autres altérations, dans le cœur, les valvules et les gros vaisseaux, que de petites parcelles osseuses à l'aorte; il n'y avait rien au cerveau. Le sang resta fluide dans ce cadavre, comme dans ceux d'autres sujets morts de la même affection, et cela pendant deux ou trois jours.

Heberden ajoute qu'il n'y a pas une médiocre ressemblance entre l'angine de poitrine et la gêne qu'on éprouve en gravissant une montagne, état qui va jusqu'à la syncope, quand on continue à vouloir marcher lorsqu'on l'éprouve avec violence.

Nous avons souvent éprouvé l'angoisse dont parle Saussure, et qu'Heberden compare à l'angine de poitrine, et nous pouvons affirmer que chez nous elle est constamment accompagnée d'une vive douleur à la région précordiale, de battemens réguliers, mais excessivement forts du cœur, et sans fréquence, quand nous avons monté long-temps et lentement.

Outre les points lapidiformes, trouvés par Heberden dans

l'aorte, on a observé l'ossification des artères coronaires du cœur, des orifices et des valvules des oreillettes et des ventricules, des gros vaisseaux, des dilatations avec hypertrophie ou amincissement de ce viscère, enfin, presque toujours peu ou beaucoup d'altération vers le cœur ou les gros vaisseaux, et cela lorsqu'on savait à peine reconnaître les altérations de ces parties. La rupture du cœur a été observée dans ces derniers temps à la suite d'une violente angoisse précordiale. Il est donc permis de croire que Rougnon, Heberden, Macbride, Desportes et Surine ont considéré comme une distension, une névralgie, une névrose, la douleur intermittente excitée par l'irritation d'abord momentanée, passagère, puis par l'inflammation chronique d'un point ou de la totalité de la membrane interne du cœur ou des gros vaisseaux; c'est la *douleur du cœur*, la véritable *cardialgie*, qui n'a fixé l'attention des observateurs que lorsqu'elle est très-violente, et que l'on méconnaît chaque jour quand elle est peu intense. Les personnes très-sensibles éprouvent distinctement, dans les vives affections de l'âme, une angoisse non-seulement à l'épigastre, mais encore à la région du cœur, et elle provient bien de cet organe, car elle coïncide avec des battemens durs à l'oreille et au sens interne. *Voyez* COEUR, CARDITE.

STERNO CLÉIDO-MASTOIDIEN, adj., *sterno-cleïdo-mastoïdeus*; nom d'un trousseau fibreux considérable que beaucoup d'anatomistes considèrent comme constituant deux muscles distincts, parce qu'il se compose en effet de deux ventres charnus, séparés l'un de l'autre dans la plus grande partie de leur étendue.

L'un de ces ventres, le sterno-mastoïdien, naît par un court et fort tendon de la partie supérieure, externe et antérieure du sternum; alongé et arrondi, il devient insensiblement plus large et plus mince à son sommet, se dirige obliquement de bas en haut et d'avant en arrière, et va prendre son insertion à la face externe de l'apophyse mastoïde du temporal, ainsi qu'à une petite portion de la partie externe de la ligne courbe supérieure de l'occipital.

L'autre ventre, ou le cléido-mastoïdien, plus court et plus faible que le précédent, provient du bord supérieur et de la partie supérieure de la face antérieure de la portion interne de la clavicule, par un tendon large et mince. Il monte d'une manière oblique, et, s'arrondissant un peu, se termine en pointe, et s'attache à la partie inférieure de la face externe de la portion mastoïdienne du temporal, par un tendon arrondi.

Ce muscle incline obliquement la tête en avant, et porte la face du côté opposé. Quand il agit de concert avec son congénère, il la fléchit directement.

STERNO-HYOIDIEN, s. m. et adj., *sterno-hyoideus*: nom d'un muscle mince et allongé, qui, de la face interne de la première pièce sternale, de celle du cartilage de la première côte, et quelquefois aussi de celle de l'extrémité interne de la clavicule, se porte directement en haut, se rapproche peu à peu de celui du côté opposé, augmente d'épaisseur, va en se rétrécissant, et finit par s'insérer au bord inférieur de la pièce moyenne de l'hyoïde, immédiatement à côté de la ligne médiane. Ce muscle tire l'hyoïde en bas, et contribue par conséquent aussi à baisser la mâchoire inférieure. On l'a vu se confondre inférieurement avec le sterno-thyroïdien, ou naître du milieu de la clavicule.

STERNO-THYROIDIEN, s. m. et adj., *sterno-thyroideus*: nom d'un muscle mince et allongé, qui occupe la partie antérieure du cou, et qui se rétrécit considérablement de bas en haut. Ce muscle naît de la face postérieure du sommet du sternum et de la partie interne de la face postérieure du cartilage de la première côte; il monte immédiatement au devant de la trachée-artère, couvert par le sterno-hyoïdien, et s'attache, par des fibres tendineuses très-courtes, à la ligne oblique du cartilage thyroïde; presque toujours il se confond, par sa partie externe, avec le thyro-hyoïdien. On observe aussi, la plupart du temps, une intersection tendineuse, transversale ou oblique, à quelque distance de son extrémité inférieure. Il abaisse le larynx, en agissant sur le cartilage thyroïde.

STERNUM, s. m., *sternum*; os situé sur la ligne médiane du corps, immédiatement sous la peau, et vis-à-vis de la colonne vertébrale. Il forme la partie moyenne et antérieure de la cavité pectorale.

Allongé, beaucoup moins étendu de droite à gauche que de haut en bas, et surtout très-peu épais, il est plus large à sa partie supérieure qu'à l'inférieure, légèrement bombé en devant, et très-peu concave en arrière. Dans l'état parfait, il se compose de trois pièces, placées l'une au dessus de l'autre, qui représentent une chaîne comprise entre les deux clavicules et les sept paires de côtes. On les désigne sous les noms de poignée, corps et appendice xyphoïde. La première est la plus large et la plus épaisse; la seconde la plus longue, et la troisième la plus petite en tous sens.

La poignée, étendue depuis le bord supérieur de l'os jusqu'à l'endroit où il s'unit avec le cartilage de la seconde côte, présente, de chaque côté, à son bord supérieur, une large cavité oblongue et encroûtée de cartilage, contre laquelle s'applique l'extrémité interne de la clavicule. Une échancrure demi-circulaire sépare ces deux excavations l'une de l'autre. Les bords latéraux, qui convergent l'un vers l'autre de haut

en bas, sont un peu concaves et tranchans dans presque toute leur longueur, si l'on excepte leur partie supérieure, ordinairement plus épaisse, où ils sont larges et creusés d'un enfoncement destiné à recevoir le cartilage de la première côte, disposition qui a pour résultat de faire que chacun de ces bords soit partagé en deux échancrures, l'une supérieure et l'autre inférieure.

Le corps s'étend depuis l'extrémité inférieure de la poignée jusqu'à l'insertion du cartilage de la septième côte. Sa forme est inverse de celle de la pièce précédente, de sorte qu'il est moins large en haut qu'en bas, où il se termine en s'arrondissant. Ses bords latéraux offrent ordinairement quatre échancrures demi-circulaires. A chacun des endroits où ses échancrures s'adossent l'une contre l'autre, on aperçoit une petite cavité articulaire, revêtue de cartilage, qui reçoit le cartilage d'une côte. Ses échancrures se raccourcissent de haut en bas, ce qui fait que les cavités articulaires se rapprochent aussi. Les troisième, quatrième, cinquième et sixième cartilages costaux s'appliquent au bord latéral du corps; le second s'articule à la fois avec ce dernier et avec la poignée; le septième porte également sur son bord inférieur et un peu sur la partie inférieure de l'appendice xiphoïde; le sixième et le septième sont tellement rapprochés l'un de l'autre, que c'est seulement dans un sternum fort étroit et fort allongé qu'on aperçoit une cinquième échancrure demi-circulaire, très-petite, entre les cavités articulaires qui leur sont destinées.

L'appendice xiphoïde s'unit, par son bord supérieur, à la partie inférieure du corps. Cette pièce est ordinairement libre, mais quelquefois aussi elle est couverte par les cartilages des sixième et septième côtes, qui montent au devant d'elle pour aller gagner le corps, cas dans lequel ce dernier s'attache à sa face antérieure. Les bords latéraux sont libres dans presque toute leur étendue. L'extrémité inférieure reste cartilagineuse jusque dans l'âge le plus avancé : elle se termine par un sommet simple, ou par deux pointes, qui sont rarement symétriques.

Il est ordinaire de rencontrer encore les trois pièces du sternum séparées et distinctes à l'époque de la puberté. Meckel a constaté qu'on trouve plus souvent l'appendice xiphoïde soudé au corps, que celui-ci réuni à la poignée. Chez les sujets âgés, les trois pièces ne font, la plupart du temps, qu'un seul os.

Les os de la chaîne sternale paraissent fort tard. Ce n'est qu'au sixième mois de la gestation qu'on voit paraître le premier germe osseux dans le cartilage de la poignée. En général, ce noyau est simple, oblong et arrondi. Cependant il y

en a quelquefois deux, presque toujours situés l'un au dessus de l'autre, rarement côte à côte. On en a vu aussi trois, et même jusqu'à quatre. Après le septième mois, on commence à apercevoir, dans la seconde pièce, ou le corps du sternum, des noyaux osseux, qui varient beaucoup pour le nombre, le volume et leur situation. Il ne s'en développe ordinairement qu'un seul dans l'appendice xiphoïde, mais, parfois aussi, il y en a deux, non symétriques.

Le sternum est ordinairement plus long et plus étroit, proportion gardée, chez la femme que chez l'homme.

Cet os n'existe pas chez certains sujets. Tantôt alors il y a absence de la peau et des côtes; tantôt les tégumens communs existent, et la poitrine n'est point ouverte. Dans d'autres circonstances, le sternum offre des ouvertures anormales à la partie inférieure de son corps, ou le long de son appendice xiphoïde, et dans la scissure de cette dernière.

Quoique superficiellement placé, le sternum est très-rarement le siége des solutions de continuité dont les autres os sont si fréquemment atteints. Il doit cette sorte de privilége à son épaisseur, à la nature spongieuse du tissu qui le compose, et surtout à sa suspension entre les extrémités élastiques des côtes, qui le soutiennent, en lui permettant de céder, jusqu'à un certain point, aux efforts extérieurs. On possède toutefois plusieurs exemples de fractures du sternum. Les unes ont lieu par des chocs directs dirigés sur cet os, les autres d'une manière indirecte ou par contre-coup. Les premières sont toujours accompagnées de contusions violentes ou de plaies aux parties externes, et de lésions internes plus ou moins graves, déterminées par la commotion des viscères du thorax. La chute de corps très-pesans sur la poitrine, l'écrasement de cette partie entre un mur et la roue d'une voiture, telles sont les causes ordinaires de ces lésions. David et Sabatier ont cité deux faits très intéressans de fractures du sternum opérées par contre-coup. Dans tous deux, les blessés étaient tombés en arrière, le milieu du dos portant sur des corps saillans et solides : alors le tronc s'était fortement replié vers sa face postérieure, et dans l'effort exercé pour prévenir ou borner ce mouvement, le sternum, tiraillé entre les muscles droits de l'abdomen et ceux du cou, se rompit, à peu près comme le ferait une corde tendue avec trop de force par les puissances appliquées à ses extrémités.

Il est rare que les fractures du sternum ne soient pas bornées à la séparation de la première pièce de cet os d'avec la seconde, ou à une simple division transversale de quelque autre point de son étendue. On a cependant observé, à la suite des écrasemens considérables de la poitrine, la frac-

ture rayonnée ou même comminutive du sternum. Toutes ces blessures sont faciles à reconnaître, à raison de la facilité avec laquelle le doigt distingue les inégalités des fragmens. Ceux-ci sont presque toujours mobiles les uns sur les autres, et l'on parvient à développer la crépitation en les déprimant alternativement avec précaution. Il importe, toutefois, de ne pas s'en laisser imposer alors par les inégalités congéniales ou accidentelles que l'on observe assez fréquemment sur le sternum de sujets mal conformés, ou par la mobilité et même la crépitation dont quelques pièces de cet os, autrefois fracturées et non consolidées, sont, dans certains cas, demeurées le siége. La fracture, il est vrai, ne fait par elle-même courir aucun danger; les désordres opérés aux parties molles extérieures ou dans les organes intérieurs, peuvent seuls la compliquer d'accidens plus ou moins alarmans et graves.

Les divisions simples, transversales, produites par contrecoup, n'exigent d'autres soins que le repos absolu du malade, la situation horizontale prolongée, le bassin et la tête étant relevés et maintenus fléchis sur le ventre; enfin, l'application à la surface du sternum de compresses épaisses trempées dans quelque liqueur résolutive, et soutenues par un bandage de corps assez serré pour borner les mouvemens des côtes, et prévenir les frottemens continuels qu'ils exciteraient entre les fragmens. Les efforts et les manœuvres conseillés par Petit et Duvernay pour rétablir le niveau des deux pièces séparées de l'os sont inutiles ou même nuisibles, en fatigant les malades et en augmentant l'irritation des parties. Si durant le traitement on s'aperçoit que la portion supérieure de l'os reste plus saillante que l'autre, quelques compresses graduées, épaisses, appliquées sur elle, contribueront à rétablir le niveau. Des pressions légères, exercées sur la pièce la plus saillante, peuvent encore opérer la coaptation désirée. Mais presque toujours la saillie reparaît, et le sujet conserve une difformité plus ou moins sensible.

Dans les fractures directes, lorsque les tégumens sont contus, et que les viscères sont menacés d'inflammation, les applications émollientes, les saignées générales et locales, et tout l'appareil du traitement antiphlogistique doivent être mis en usage. L'indication consiste plutôt alors à prévenir ou à combattre des inflammations graves des viscères thoraciques ou du médiastin, qu'à maintenir la fracture, qui est sans importance, et dont les fragmens ne manqueront pas de se consolider. Vingt à trente jours suffisent pour l'accomplissement de ce travail. Quelquefois cependant, surtout lorsque la fracture a lieu entre les pièces du sternum, la réunion immédiate ne s'opère pas; les parties restent mobiles, une sorte d'articula-

tion, ou plutôt de tissu cellulo-fibreux analogue à celui qui se forme entre les fragmens de la rotule fracturée, s'organise et maintient la séparation produite par l'accident. Cette disposition n'entraîne à sa suite aucune gêne, et ne nuit en rien aux forces et à l'intégrité des fonctions du blessé.

Lorsque des portions d'os, enfoncées dans la poitrine, y déchirent les tissus et entretiennent des irritations intenses, il faut les relever sans délai. Pour cela, le sternum sera découvert et dénudé dans une étendue convenable, et une couronne de trépan, appliquée sur lui, permettra de glisser un élévatoire jusque sous les esquilles et de les reporter au dehors. L'agrandissement de la plaie osseuse avec le couteau lenticulaire ou avec un fort scalpel d'acier de Damas, suffirait, dans beaucoup de cas, pour atteindre le même but, et pour rendre inutile l'application, toujours longue et douloureuse, du trépan. Le sternum, surtout durant la première moitié de la vie, peut être facilement divisé suivant le procédé et avec les instrumens que nous indiquons.

Les *plaies* du sternum, produites par des instrumens piquans ou par les projectiles que la poudre à canon met en mouvement, sont quelquefois compliquées de l'inflammation du médiastin, d'épanchement de sang ou de pus dans la poitrine et des accidens les plus graves. Les recueils des chirurgiens renferment un grand nombre d'exemples de ce genre. On peut réduire aux suivans les préceptes qu'ils font naître : 1°. toutes les fois que la piqûre est simple, produite par une baïonnette ou une épée, et accompagnée seulement des phénomènes ordinaires aux plaies de poitrine, il faut rapprocher les lèvres de la division extérieure, et recourir aux saignées, ainsi qu'aux antiphlogistiques les plus actifs.

2°. Chez les sujets atteints de coups de feu, lorque la balle se fait sentir derrière ou dans l'épaisseur du sternum, ou que des esquilles angulaires, détachées de cet os, piquent et déchirent les tissus qu'il recouvre, on doit immédiatement procéder aux opérations nécessaires pour extraire ces corps étrangers. Si du sang paraît épanché dans la poitrine, il convient de favoriser sa sortie en faisant coucher le blessé sur le côté, et en évitant de couvrir la plaie d'un appareil trop serré.

3°. Quelle qu'ait d'ailleurs été la nature de la blessure, et alors même qu'il n'aurait existé qu'une simple contusion à la partie antérieure du thorax, toutes les fois qu'aux accidens primitifs de la maladie, et au soulagement que l'emploi des moyens thérapeutiques appropriés a déterminé, succède une douleur obtuse et continue derrière le sternum, une sorte de pesanteur à cet endroit, en même temps que le sujet reste pâle, bouffi, faible, et qu'un mouvement obscur de fièvre avec re-

doublement le soir, persiste quoique les viscères digestifs semblent en bon état, le praticien doit fixer toute son attention sur la région blessée. Les percussions et l'usage du stéthoscope seront du plus grand secours pour reconnaître la situation et l'étendue de l'épanchement; suivant qu'alors le pus tendra à se porter sur les côtés du sternum, au voisinage de l'appendice xiphoïde; on aura déterminé l'érosion de l'os qui le recouvre, on pratiquera l'incision des abcès apparens à l'extérieur, ou l'on appliquera le TRÉPAN au sternum. On ne saurait trop le répéter, un traitement antiphlogistique actif, mis en usage durant les premiers jours de la blessure, constitue le moyen le plus efficace de prévenir les inflammations internes et la formation des collections purulentes qui nous occupent.

La structure spongieuse du sternum l'expose assez fréquemment à la carie; presque toujours cette affection dépend de la présence de quelque foyer purulent développé dans le médiastin, et n'est que le résultat des efforts par lesquels l'organisme tend à se débarrasser des matières étangères déposées dans les tissus vivans. Les caries, proprement dites, occasionées par des causes externes, ou produites par des irritations obscures et, en quelque sorte, spontanées du sternum, suivent la même marche que quand elles atteignent d'autres portions du squelette. Le traitement interne qu'elles réclament ne présente non plus aucune particularité; mais souvent on doit leur opposer des opérations chirurgicales plus ou moins graves. Dans les caries superficielles extérieures, la portion malade étant mise à nu et profondément ruginée, le cautère actuel sera promené à la surface, de manière à ce que l'impression du feu ne se fasse pas sentir aux parties sous-jacentes. Lorsque l'ulcère s'étend au loin, et pénètre toute l'épaisseur de l'os, on peut, à l'exemple de Boyer, emporter avec de petites scies convexes, ou avec le couteau lenticulaire, les portions malades, les fragmens de cartilages, altérés, et mettant ainsi à nu toute l'étendue du mal, obtenir la formation de cicatrices solides. L'artère mammaire interne peut être divisée dans les opérations de ce genre; cet accident exige qu'une ligature soit placée sur chacune des extrémités du vaisseau. Au surplus, les opérations de ce genre varient entre elles, suivant une foule de modifications dont les maladies auxquelles on les oppose son susceptibles, et il est impossible de ne pas se borner à indique d'une manière générale les règles qui doivent présider à leu exécutions.

STERNUTATOIRE, adj. et s. m.; épithète dont on se sert pour désigner toute substance qui jouit de la propriété d'exciter l'éternuement. Les sternutatoires, appelés aussi *ptarmiques*, diffèrent des errhins, en ce que ce dernier mot s'appli-

que à toute substance qu'on introduit dans le nez, quel que soit le motif pour lequel on y a recours.

Tout ce qui est propre à stimuler la membrane muqueuse des fosses nasales, peut provoquer l'éternuement. Les principales substances dont on se sert à cet effet, sont le tabac, le cabaret, le marjolaine, l'iris, le muguet, la bétoine, l'ellebore et l'euphorbe. On les emploie quelquefois à titre de révulsif, pour produire une dérivation utile dans la céphalalgie. Elles excitent toujours un flux plus ou moins abondant de mucosités séreuses, et souvent elles donnent lieu à une exhalation sanguine, qui peut même devenir assez abondante pour constituer une véritable hémorragie.

STÉTHOSCOPE, s. m.; modification du cornet acoustique, imaginée par Laënnec, pour servir à l'auscultation des bruits qui ont lieu dans la poitrine et l'abdomen, afin d'en tirer des signes pour le diagnostic des maladies des organes respiratoires et circulatoires. Après s'être servi des cylindres de papier, de baudruche et de carton rempli d'air, de verre, de métal, de jonc à canne, ce médecin s'est arrêté à faire usage d'un cylindre de bois, auquel il donne le nom de *stéthoscope*, et qui lui paraît préférable à tout autre.

Le stéthoscope est un cylindre de bois de seize lignes de diamètre, et d'un pied de longueur, percé dans son centre d'un tube de trois lignes de diamètre, et brisé au milieu à l'aide d'une vis. Une des pièces est évasée à son extrémité, à une profondeur d'environ un pouce et demi, en forme d'entonnoir. Ainsi disposé, cet instrument sert à l'exploration de la *respiration* et du *râle*.

Si l'on ajoute dans l'entonnoir du stéthoscope un bout de bois à surface un peu concave, qui le remplit exactement, et qui se fixe à l'aide d'un petit tube de cuivre qui le traverse et entre dans la tubulure du cylindre jusqu'à une certaine profondeur, il est alors convenablement disposé pour l'exploration de la *voix* et des *battemens* du cœur. Dans ce dernier cas, dit Laënnec, un corps tout à fait plein a peut-être quelque avantage.

Dans tous les cas où on en fait usage, le stéthoscope doit être tenu comme une plume à écrire, près de l'extrémité qui doit être appliquée sur le thorax.

Cette extrémité doit toucher la peau dans toute sa circonférence.

Si les espaces intercostaux sont creux, ou si tout autre enfoncement existe au sternum, il faut remplir les vides avec de la charpie ou du coton, que l'on recouvre d'une feuille de papier ou d'un linge.

Il importe de ne pas confondre ce qui est relatif unique

ment à l'invention du stéthoscope, laquelle n'a rien de bien remarquable, avec l'application que Laënnec a fait du sens de l'ouïe à l'exploration des maladies du thorax, application ingénieuse et féconde. Dans des recherches de cette nature, l'inventeur ne peut se défendre de quelques subtilités d'observation; toutes les distinctions de Bordeu ne sont pas restées, mais on sait qu'il serait peu philosophique de nier les avantages de l'auscultation; aussi, dans tous les articles de ce Dictionaire, nous nous sommes fait un devoir de consigner fort en détail le résultat des recherches de Laënnec sur ce mode d'exploration dont il a enrichi la médecine pratique. Lu avec attention, son ouvrage, quelque absolu qu'il paraisse d'abord, n'exclut aucun des autres moyens d'exploration, et si quelquefois Laënnec lui-même, comme tous les innovateurs, a mis trop de confiance dans les décisions du stéthoscope, il appartient à tout esprit froid et juste de ne lui accorder que l'importance qu'il a réellement. *Voyez* AUSCULTATION, AORTE, BRONCHITE, COEUR, PNEUMONIE, PLEURÉSIE, RALE, TRACHÉE-ARTÈRE, VOIX.

STHÉNIE, s. f., *robur*, *sthenia*. Dans la théorie de Brown, ce mot désignait, sous le nom d'incitation, la plus grande possible, le résultat d'un stimulus moyen appliqué à une incitabilité médiocre, et Brown donnait aux maladies *générales* nées d'une incitation immodérée le nom de *sthéniques* : ces maladies, dit-il, portaient le nom de *phlogistiques* ou *inflammatoires*, dénominations métaphoriques fondées sur une idée fausse qui suppose du feu et de la flamme. Il semble, d'après cela, que Brown ne fit que changer un adjectif; mais, comme suivant lui, toute maladie *générale* par privation ou par excès de stimulant était asthénique, il en résultait que la plupart des inflammations n'étaient pour lui que des maladies par faiblesse à traiter par les fortifians. Dans l'école italienne, on appelle aujourd'hui maladies *hypersthéniques* celles qui sont produites par des puissances stimulantes; elles sont dites *avec* ou *sans diathèse*, c'est-à-dire causées par des conditions qui ont modifié fortement et dès long-temps la fibre animale ou le contraire. Cette diathèse, cette condition de la fibre, n'est que la traduction de l'incitabilité générale de Brown.

Le mot *sthénie* est très-peu employé parmi nous, peut-être à cause de l'équivoque continuelle qui résulte de l'article; mais on se sert encore assez fréquemment de l'adjectif *sthénique* pour désigner les maladies causées par l'action trop vive des stimulans; aucune idée brownienne n'est plus renfermée dans le sens de cette dénomination, qui évite les périphrases. *Excès de force*, *surexcitation*, *irritation*, *sthénie*, *hypersthénie*, sont des synonymes parfaits, dont on se sert

parmi nous pour désigner un organe dans lequel l'action propre est en excès, lors même que l'action fonctionnelle est languissante. *Voyez* IRRITATION et ASTHÉNIE.

STIMULANT, s. et adj., *stimulans*, *stimulus*: Brown désignait par ce mot tout moyen qui incite plus fortement qu'il ne faut dans l'état sain; il apppelait *incitans* toutes les choses externes capables d'affecter les corps vivans ainsi que le sang et les humeurs qui en sont sécrétées, les contractions musculaires, l'action du cerveau dans la pensée et dans les passions. Il divisait les stimulans en *généraux* et *locaux*; les premiers comprenaient tous les incitans qui agissent sur l'excitabilité, de manière à ce qu'il en résulte constamment de l'incitation dans tout l'organisme; les seconds n'agissaient, selon lui, que sur l'endroit où ils sont immédiatement appliqués, et n'affectaient point le reste de l'organisme à moins qu'ils n'eussent produit un changement local. Cette doctrine a subi un grand changement. Tout agent externe ou interne qui augmente la sensibilité, accélère la circulation, active le mouvement nutritif, excite l'action fonctionnelle dans un tissu organique, est un stimulant, dont l'influence est locale, plus ou moins étendue, selon qu'elle est plus ou moins intense, ou la partie plus ou moins excitable. Quand les stimulans sont donés d'un degré d'énergie plus fort qu'il n'est nécessaire pour que l'action organique s'exerce avec toute la pléuitude qui importe à l'état de santé, on leur donne le nom d'*irritans*, et ils produisent l'IRRITATION.

STIMULATION, s. f., *stimulus*, *stimulatio;* action des STIMULANS; résultat de cette action sur les organes.

STOECHIOMÉTRIE ou CHIMOMÉTRIE, s. f., *stæchiometria*, *chemometria* : nom donné par Richter à la partie de la chimie qui s'occupe de rechercher les proportions dans lesquelles les élémens et les composés s'unissent ensemble. Cette science, fondée par Kirvan et Wenzel, a été successivement perfectionnée par les travaux de Richter, Fries, Dalton, Kastner, Gay-Lussac, Wollaston, Dorbereiner, Berzelius, Meinecke, Proust et Thomson.

STOMACACE, s. m.; nom donné par Pline à une maladie dont les soldats de Germanicus furent atteints dans la Germanie, et qui consistait en un ramollissement des gencives, avec saignement au moindre contact, ébranlement, chute même des dents, et faiblesse des articulations inférieures. Il est impossible de méconnaître les principaux caractères du scorbut dans cette affection, quelque imparfaitement décrite qu'elle soit.

STOMACAL, adj., *stomachicus :* qui a rapport à l'estomac. L'action que ce viscère exerce sur les alimens, tandis

qu'ils sont contenus dans son intérieur, ou l'altération digestive que ceux-ci y éprouvent, a été désignée sous le nom de *digestion stomacale*.

STOMACHIQUE, adj. et s, m., *stomachicus*, qui appartient ou qui concerne l'estomac.

Ce mot, employé quelquefois comme synonyme de *stomacal*, sert bien plus souvent à désigner un certain nombre d'agens médicinaux, qu'on croit, ou plutôt que l'on croyait jadis, propres à remédier aux diverses affections de l'estomac. Tous ces agens, à un très-petit nombre d'exceptions près, sont des toniques, des astringens, des excitans, des stimulans, des élixirs, des vins, des teintures alcooliques, des liqueurs variées à l'infini, des aromates de toute espèce; en un mot, des substances qui conviendraient effectivement, si les affections de l'estomac, contre lesquelles on les prescrit, dépendaient de la faiblesse et de l'atonie. Mais comme ces maladies tirent bien plus souvent, sinon même toujours, leur source d'un excès d'irritation, les stomachiques du vulgaire ne sont propres qu'à les exaspérer, et à leur donner souvent un caractère irrémédiable de gravité. Si l'on voulait conserver le mot stomachique, dont la nécessité ne se fait point sentir dans la nouvelle direction imprimée aux idées médicales, il faudrait s'en servir pour désigner toute substance propre à guérir, ou du moins à soulager une affection quelconque de l'estomac. A ce titre l'eau pure serait le stomachique par excellence, le plus puissant, et le plus généralement applicable de tous, contre les préjugés du vulgaire.

STORAX, s. m., *storax*; baume solide qui découle du *styrax officinale*, arbre de la famille des plaqueminiers, et qui vient du Levant par la voie de Marseille.

Les pharmaciens en distinguent deux espèces, le storax en larmes, et le storax en pains. Le premier se compose de petits grains, transparens, purs, brillans, un peu gras, qui s'amollissent sous la dent, laissent un goût résineux dans la bouche, exhalent une odeur agréable, se fondent au feu, et brûlent avec une flamme très claire. Cette variété est très-rare, et n'arrive plus maintenant en Europe. La seconde est en masses rougeâtres, résineuses, odorantes, sujettes à se ramollir et à jeter une liqueur mielleuse dans laquelle on distingue des éclats blanchâtres, sèches, friables, d'une odeur suave, tirant sur celle de la vanille, se ramollissant sous la dent, et d'une saveur amère, résineuse, qui n'a rien de désagréable. Ces deux espèces reçoivent aussi parfois l'épithète de *calamite*, qui paraît cependant avoir été réservée dans l'origine à la première.

De même que tous les autres baumes, le storax est composé d'une résine, d'un peu de gomme, d'acide benzoïque et d'une huile essentielle; de là vient qu'il est plus soluble dans l'alcool

que dans l'eau, à laquelle il communique cependant son odeur, avec une couleur blanchâtre.

Les anciens, qui en faisaient un fréquent usage, le recommandaient surtout comme béchique, antispasmodique, anodin, etc. Son mode d'action le range évidemment parmi les substances excitantes. On ne s'en sert presque plus aujourd'hui, malgré les éloges pompeux que Morton et autres lui ont prodigués dans la phthisie pulmonaire. Ce n'est guère qu'en fumigation et sous forme d'emplâtre qu'on en fait quelquefois usage, mais la plus grande partie de celui que le commerce introduit en France est appliquée aux besoins de la parfumerie.

STRABISME, s. m., *oculorum distortio*: défaut de concordance des deux axes optiques. Cette anomalie, la plupart du temps congéniale, se développe cependant quelquefois chez les jeunes enfans, et on l'attribue alors à ce que ces petits êtres, ayant été placés obliquement par rapport au lieu d'où la lumière afflue, affaiblissent, par une action forcée et continuelle, un des muscles de l'œil le plus éloigné de ce point. Il faut convenir que cette explication n'est guère satisfaisante. Quoi qu'il en soit, le strabisme ou le loucher, comme on l'appelle communément, fait voir les objets doubles, à moins que l'habitude ne rectifie l'erreur d'optique qui en résulte. Il peut dépendre, soit de la diminution d'action ou de la paralysie d'un des muscles du globe oculaire, soit de l'inégalité de force visuelle des deux yeux, l'organe le plus faible étant écarté par un mouvement machinal, comme l'a très bien remarqué Buffon, parce que la sensation de l'image qu'il transmettrait au cerveau, serait moins nette que celle qui est transmise par l'autre œil, et que de là naîtrait de la confusion. Le strabisme, lorsqu'il dure quelque temps, et qu'il ne dépend pas d'une cause dont l'action s'exerce seulement d'une manière momentanée, est réputé incurable. Cependant, on est parvenu à le faire cesser en condamnant à l'inaction, pendant long-temps, l'œil qui n'était pas dévié.

STRAMOINE, s. f., *datura*: genre de plantes de la pentandrie monogynie, L., et de la famille des solanées, J., qui a pour caractères : calice tubuleux, à cinq angles et à cinq divisions; corolle en entonnoir, plissée, à cinq lobes pointus, peu prononcés ; stigmate bilamellé ; capsules à quatre loges, dont deux à loges incomplètes.

Le *datura stramonium*, plante très-commune dans presque toute l'Europe, est désignée sous le nom vulgaire de *pomme épineuse*, à cause des pointes raides et piquantes qui hérissent ses capsules ovales. Toutes les parties de ce végétal ont une saveur amère et désagréable. Nous n'en possédons pas encore d'analyse exacte. Brandes a trouvé, dans sa graine, un alcaloïde assez abondant, auquel il a donné le nom de *daturine*.

La pomme épineuse est célèbre par ses propriétés vénéneuses, que trop d'exemples funestes ont appris à bien connaître; il suffit même de son odeur concentrée pour causer des maux de tête et des étourdissemens. Toutes ses parties agissent comme poison sur l'économie animale, et les auteurs ont recueilli un grand nombre de cas de cet empoisonnement, dont les principaux symptômes sont une soif ardente, un sentiment de strangulation, des douleurs cardialgiques, le gonflement et la tension du bas-ventre, une sorte d'ivresse et un délire souvent furieux, accompagné parfois de gesticulations bizarres, des convulsions ou le coma, et quelquefois la paralysie des membres. Les accidens durent dix ou douze heures, et peuvent même se prolonger davantage. Ils se terminent par la mort, à moins que les secours convenables n'aient été administrés à temps; et, dans beaucoup de cas même où l'issue n'a point été funeste, le malade est resté frappé, pendant des mois ou des années, d'une perte absolue de la mémoire, d'aliénation mentale et d'une débilité extrême ou de tremblement dans les membres. La pomme épineuse appartient conséquemment à la classe des poisons que l'on a désignés sous le nom de narcotico-âcres. Le traitement consiste à faire vomir le malade, et à lui prescrire ensuite les adoucissans, les antiphlogistiques, les acidules.

Les qualités vénéneuses de la pomme épineuse n'ont pas empêché Stoerk et beaucoup d'autres de chercher à en introduire l'usage dans la médecine. A faible dose, par exemple d'un à trois grains par jour, cette substance n'exerce aucune action sensible sur l'organisme; mais, à plus forte dose, elle fait éprouver de la sécheresse à la gorge et de la soif; l'appétit augmente, ou, plus rarement, diminue; des coliques se font parfois sentir, et le ventre est tantôt plus libre, tantôt plus resserré; le pouls est très-irrégulier, des sueurs abondantes ou un flux d'urine se manifestent quelquefois; une congestion sanguine vers la tête s'établit, d'où rougeur de la face, vivacité des yeux, perversion de l'action des organes des sens, aberrations dans les perceptions, engourdissement de tous les muscles soumis à la volonté, agitation pendant le sommeil; tous ces symptômes annoncent une substance excitante.

C'est contre les maladies appelées nerveuses, parce qu'on n'en connaît pas bien la nature, telles que les convulsions, l'épilepsie, la mélancolie, la manie, la paralysie, les névralgies, en un mot les névroses de toute espèce, qu'on a essayé avec des succès divers la pomme épineuse, au moyen de laquelle on est parvenu quelquefois à calmer des convulsions, ou à rendre le mouvement aux muscles paralysés. Elle a quelquefois été mise en usage à l'extérieur sur les ulcères cancéreux, les

brûlures, les hémorroïdes et autres affections douloureuses. On assure même qu'elle a réussi dans beaucoup de cas de ce genre, où elle demande toutefois à être employée avec beaucoup de circonspection, afin d'éviter les accidens.

On peut administrer la poudre de ses feuilles et de sa tige, à la dose de deux à six grains, avec du sucre ou toute autre substance adoucissante; mais on emploie bien plus souvent l'extrait, dont la prudence exige qu'on ne donne pas plus d'un à deux grains, répétés deux à quatre fois par jour.

STRANGULATION, s. f., *strangulatio* : suffocation produite par toute cause externe ou interne, inhérente ou étrangère à l'économie, qui intercepte la respiration, en comprimant ou rétrécissant les voies aériennes. Il est rare qu'on emploie ce mot en parlant d'une cause de suspension des mouvemens respiratoires autre que l'action compressive d'un corps étranger appliqué et serré autour du cou. Dans tous les autres cas, on se sert plus particulièrement du terme de *suffocation*.

Les exemples de plusieurs individus qui ont échappé à la strangulation, soit volontaire, soit infligée par la loi, et qu'on trouve dans Césalpin, Bacon, Wepfer, Morgagni, Fodéré et autres, permettent de conclure que les sujets ressentent très-peu de douleur, et même plutôt une simple gêne qu'une véritable douleur. Ils n'éprouvent, au moment où la corde est serrée, qu'une stupeur, bientôt suivie d'une insensibilité complète. Quelques-uns disent avoir aperçu devant les yeux une espèce de petite flamme, à laquelle succéda l'obscurité. On croit aussi avoir observé que la strangulation, lorsqu'on n'y succombe pas, laisse à sa suite, pendant plus ou moins longtemps, quelquefois même pendant toute la vie, une disposition aux convulsions ou à l'épilepsie, ce qui doit peu surprendre, d'après l'atteinte que le cerveau éprouve pendant la congestion et la stase du sang, dont il est nécessairement alors le siége.

La strangulation, qui a lieu le plus souvent par suspension, étant un genre de violence auquel on a fréquemment recours pour commettre l'homicide ou le suicide, le médecin peut être appelé par la justice à l'effet de lui fournir des lumières sur plusieurs points d'une haute importance, tels que ceux de savoir si un individu trouvé étranglé, l'a été de son propre fait ou par d'autres, et si la suspension a eu lieu de son vivant même ou après d'autres excès qui lui avaient déjà donné la mort. Il peut être utile aussi de déterminer si la suspension a précédé ou suivi la strangulation.

Tous les auteurs de médecine légale indiquent les caractères suivans comme pouvant faire reconnaître si le sujet a été pendu vivant : la lividité et le gonflement de la face, surtout des lè-

vres, qui sont comme tendues; la tuméfaction et la teinte bleuâtre des lèvres, qui sont à demi-closes; la rougeur, la proéminence et quelquefois même le déplacement des yeux; le gonflement, la lividité de la langue, qui est repliée, ou qui dépasse les dents, qui est alors serrée par elles, et qui enfin sort parfois de la bouche; la présence d'une écume sanguinolante dans l'arrière-gorge, dans le nez et autour de la bouche; l'impression livide ou noire et ecchymosée de la peau; la dépression et quelquefois même l'excoriation de la peau dans un des points de la circonférence du cou; le déchirement des muscles et des ligamens qui prennent leur insertion à l'appareil hyoïdien; la déchirure, la rupture ou la contusion du larynx et des premiers arceaux de la trachée-artère: la présence d'ecchymoses sur les bras et les cuisses; la lividité des doigts, qui sont contractés comme lorsqu'on veut serrer fortement un corps dans la main; l'existence de contusions et d'ecchymoses au poignet et à toutes les parties du corps sur lesquelles des liens auraient pu être appliqués; l'engorgement considérable des poumons, du cerveau et du cou; par le sang.

Des observations faites avec le plus grand soin ont démontré que plusieurs de ces caractères manquent souvent, qu'il en est qu'on ne rencontre qu'à certaines époques et dans des circonstances données, et que d'autres, par exemple l'impression de la corde et l'ecchymose du cou, ont été décrits d'une manière inexacte. Plusieurs écrivains avaient déjà fait remarquer l'absence de l'écume à la bouche dans plusieurs cas de suspension pendant la vie; et quant à l'état de la langue, Bouline avait déjà dit que, si la compression de la corde s'exerce au dessus du cartilage thyroïde, cet organe ne sort pas, parce que le refoulement de l'hyoïde le porte en arrière, tandis que si la corde est placée au dessous du cartilage cricoïde, la langue se montre plus ou moins saillante au dehors, enflée, et plus ou moins rouge ou violette. Mais c'est surtout à Esquirol et à Orfila que nous sommes redevables de rectifications importantes.

Esquirol a conclu de plusieurs faits observés avec le plus grand soin, que les signes propres à faire reconnaître si un homme trouvé pendu l'a été avant ou après sa mort, ne sont pas aussi positifs que le prétendent les écrivains sur la médecine légale, que l'ecchymose autour du cou n'est point un signe constant, et qu'on doit le considérer, ainsi que l'avait déjà fait Dehaen, comme un signe équivoque de la suspension avant la mort; que la bouffissure et la couleur violacée de la face, la présence d'une écume sanguinolente dans la bouche, la rigidité des membres et la couleur violette des doigts, sont des phénomènes qui tiennent à la conservation du lien autour

du cou jusqu'à ce que le cadavre soit refroidi, puisqu'il suffit d'enlever ce lien immédiatement ou même plusieurs heures après la mort, pour n'en trouver aucun; que les signes indiqués dans les livres doivent se rencontrer moins souvent depuis que les préjugés populaires et les lois ne s'opposent plus à ce qu'on prodigue des secours aux personnes qui se sont suicidées par strangulation; enfin, que quand on est appelé pour visiter un cadavre qui a été trouvé suspendu, il faut tenir compte de l'heure à laquelle la mort a eu lieu, et du temps pendant lequel le lien a été maintenu autour du cou, parce que ces deux circonstances modifient les phénomènes cadavériques sur lesquels seront basés le jugement que l'on portera.

Les observations recueillies et les expériences sur les animaux faites par Orfila, l'ont porté à conclure que, dans la plupart des cas, la corde détermine sur la peau et le tissu cellulaire, qu'elle comprime immédiatement, des effets semblables, que le sujet soit vivant ou mort, et le cadavre chaud ou froid; que ces effets ne constituent pas de véritables ecchymoses, car on ne trouve aucune trace d'épanchement de sang dans le tissu cellulaire sous-cutané, non plus que dans les muscles du cou; qu'on a probablement été induit en erreur par la couleur brune du sillon cutané, qui lui donne en effet l'apparence d'une ecchymose; que s'il n'est pas permis d'affirmer qu'on ne trouve jamais d'ecchymose au cou des individus qui ont été pendus vivans, tout porte à croire que ce phénomène est excessivement rare quand le sujet s'est pendu lui-même; qu'en conséquence, il est impossible d'établir la moindre présomption que la suspension ait eu lieu avant ou après la mort, de l'état dans lequel se trouvent, le plus ordinairement, le sillon et les parties sous-jacentes, et qu'il faut, de toute nécessité, pour décider le fait, recourir à des preuves d'un autre genre; que dans les cas, extrêmement rares, où l'on observe des ecchymoses dans le tissu cellulaire sous-cutané, les muscles sous-jacens, ou le voisinage du larynx, elles démontrent certainement que la suspension a eu lieu pendant la vie; que si la bouffissure et la teinte violacée de la face, la présence d'une écume sanguinolente à la bouche, et la couleur violette des doigts, dépendent de la conservation du lien autour du cou, elles peuvent tenir aussi quelquefois à une autre cause, puisqu'on les a observées dans un cas, quoique la corde eût été détachée peu de temps avant la mort; qu'en attribuant ces phénomènes à la conservation de la ligature autour du cou, il faut admettre qu'ils peuvent manquer chez des individus pendus avant la mort, et qui sont restés suspendus pendant sept où huit heures; que l'on ne détermine jamais des phénomènes semblables sur les ca-

davres, lors même que la suspension dure vingt-quatre heures, et que la ligature a été appliquée immédiatement après la mort; que si des faits nouveaux confirment que la bouffissure et la coloration de la face ont toujours lieu chez les personnes pendues avant la mort, de quelque cause qu'elles dépendent, on pourra conclure, lorsque ces caractères seront appréciables, que l'individu a été pendu vivant, puisqu'on ne les observe jamais quand les corps ont été pendus après la mort; qu'en supposant même qu'il en soit ainsi, comme ces phénomenes peuvent très-bien n'être sensibles, dans le cas de suspension avant la mort, que huit ou dix heures après qu'elle a eu lieu, il est impossible de les faire servir à tirer une pareille conclusion dans les premières heures qui suivent la mort, et que le médecin doit attendre qu'ils se soient manifestés pour porter son jugement; que, s'il est vrai que, dans la plupart des cas de suspension pendant la vie, on découvre l'engorgement des poumons, celui des vaisseaux cérébraux, et toutes les altérations qui prouvent que le sujet est mort d'asphyxie, cela n'arrive pas toujours, et qu'il n'est par conséquent pas rigoureux d'indiquer les lésions dépendantes de l'asphyxie comme caractéristiques de la suspension avant la mort, quoiqu'elles constituent un des signes les plus importans; que, dans l'état actuel de nos connaissances, il est impossible d'affirmer qu'un individu chez lequel il n'y a ni luxation des vertèbres cervicales, ni aucune autre trace de lésion faite pendant la vie, a été pendu vivant; mais qu'il est permis d'établir des probabilités dans certains cas, surtout en ayant égard aux lésions qui peuvent annoncer que le sujet a péri d'asphyxie; qu'il est également impossible d'affirmer que la suspension ait eu lieu pendant la vie, lorsqu'on découvre la luxation des vertèbres cervicales, ou d'autres blessures faites du vivant de l'individu, parce que celui-ci aurait bien pu n'avoir été pendu qu'après avoir été meurtri et tué, mais qu'il est souvent facile alors de prouver que la mort est le résultat de ces blessures.

On voit, d'après les dissidences, légères à la vérité, qui existent entre les opinions de deux observateurs aussi distingués qu'Esquirol et Orfila, que la question à laquelle elle se rapporte demande encore de nouveaux éclaircissemens, qu'on ne peut attendre que de l'expérience et de l'observation.

La luxation des vertèbres cervicales n'a pas lieu facilement. Cependant elle peut avoir été le résultat de violentes tractions, ou avoir été opérée sur un individu endormi ou ivre; car elle demande seulement qu'après avoir fixé la tête, on fasse exécuter des mouvemens de rotation au tronc. Elle se reconnaît à des ecchymoses profondes dans le tissu cellulaire,

dans les muscles voisins des deux premières vertèbres du cou, et même dans les ligamens de ces dernières, ainsi qu'à l'épanchement du sang qui a lieu souvent dans le canal rachidien. Les autres signes indiqués par les auteurs, comme la décoloration de la face, et l'engorgement du tissu pulmonaire, n'offrent aucune valeur. Si le corps est très-raide, peu de temps après la mort, et pendant qu'il est encore chaud, on peut compter que la luxation n'a point eu lieu du vivant de l'individu, parce que la raideur cadavérique ne s'établit que fort tard quand le système nerveux a reçu une atteinte profonde.

S'il est très-difficile de distinguer le cas où la suspension a été faite après la mort, de celui où elle a eu lieu pendant la vie, la question de savoir si elle est l'effet du suicide ou de l'homicide, présente aussi de grandes difficultés, puisqu'il est évident que l'obscurité répandue sur le premier problème en déverse aussi une épaisse sur le second. On a surtout attaché une grande importance au nombre de sillons que l'on remarque au cou, à leur direction, à la disposition de la corde, et à quelques autres circonstances semblables, qui doivent évidemment varier de mille manières différentes. Quelle importance y attacher d'ailleurs, puisqu'on sait que la corde détermine, sur les cadavres, des impressions semblables à celles qui ont lieu pendant la vie? D'où il suit que la présence d'un double sillon ne prouve rien, puisqu'il aurait pu être fait par la malveillance après la mort du pendu, sans compter qu'on l'a rencontré aussi dans le suicide. La seule chose importante, c'est de rechercher le point où le nœud était appliqué, et de replacer la corde dans les sillons, afin de s'assurer qu'ils ont été réellement faits par elle. Les autres circonstances propres à éclairer la justice ne sont point du ressort du médecin. Cependant ce dernier doit encore s'attacher à découvrir, dans un cas équivoque, si la personne trouvée pendue n'a pas été empoisonnée ou blessée. S'il parvient à reconnaître l'un ou l'autre de ces deux cas, il doit s'assurer si la blessure a été faite par le sujet lui-même, si elle était de nature à lui laisser assez de force pour se pendre, si l'empoisonnement n'aurait pas été volontaire. Les meurtrissures et les contusions ne suffisent pas pour établir l'homicide; car on sait que des mélancoliques ont commencé par se maltraiter avant de se pendre.

STRANGURIE, s. f., *stranguria*: gêne ou difficulté du cours de l'urine, qui ne peut sortir que goutte à goutte. C'est un des phénomènes caractéristiques des rétrécissemens de l'urètre.

STRIE, adj., *striatus*; qui présente des stries ou des cannelures à sa surface ou dans son intérieur. Les anatomistes donnent le nom de *corps striés* à deux renflemens oblongs, si-

tués à la partie interne des ventricules latéraux. *Strié* se dit aussi des crachats qui offrent des filets de sang.

STRONTIANE, s. f., *strontiana ;* alcali que Davy a reconnu être de l'oxide de strontium.

STRONTIUM, s. m.; métal solide, d'un blanc argentin, beaucoup plus pesant que l'eau, fusible au desous de la chaleur rouge, difficilement volatilisable, qui absorbe avec promptitude l'oxigène de l'air et de l'eau, et se transforme en *strontiane.* Ce dernier oxide est d'un blanc-grisâtre, d'une saveur âcre et alcaline.

Le strontium n'existe dans la nature qu'à l'état d'oxide, combiné lui-même avec l'acide carbonique ou l'acide sulfurique. Il ressemble beaucoup au barium, dont il diffère surtout en ce que ses composés ne sont point vénéneux. Aucun de ceux-ci n'est employé en médecine.

STRUME, s. m., *struma ;* mot peu usité, qui est employé par les uns comme synonyme de *scrofules*, tandis que d'autres, à l'exemple de Wichmann, s'en servent pour désigner l'hypertrophie de la thyroïde quand elle n'est pas compliquée de suppuration.

STRYCHNATE, s. m., sel formé par la combinaison de l'acide strychnique avec une base salifiable. Aucun strichnate n'est usité en médecine.

STRYCHNINE, s. f., alcali organique, inodore, d'une amertume insupportable, avec un arrière-goût métallique, cristallisable en prismes à quatre pans incolores, terminés par des pyramides à quatre faces surbaissées, presque insoluble dans l'eau, l'éther et les huiles fixes; soluble dans l'alcool ; peu soluble dans les huiles fixes; inaltérable à l'air, infusible et non volatilisable au feu ; passant au rouge nacarat, puis au jaune, par l'acide nitrique; qui existe à l'état de sel acide, dans la fève Saint-Ignace, la noix vomique, et le bois de couleuvre, dont il est le principe actif et vénéneux. Un huitième de grain de cette substance suffit pour tuer un chien de forte taille, et un quart de grain a souvent des effets très-prononcés sur l'homme sain. On a proposé de l'employer de préférence à l'extrait de noix vomique, à cause de l'énergie variable de ce dernier, suivant le procédé qu'on a mis en usage pour sa préparation. On en fait des pilules qui en contiennent un douzième ou un huitième de grain. On la donne aussi en potion.

STRYCHNIQUE, adj, nom d'un acide, appelé aussi *igasurique*, que Pelletier et Caventou ont découvert dans la noix vomique, et que l'on connaît peu encore. Il est soluble dans l'eau et l'alcool, et cristallise en petites aiguilles blanches, d'une saveur très-acide.

STUPÉFIANT, adj. et s. m. *stupefaciens* : épithète donnée à toute substance capable de diminuer la faculté de sentir et de se mouvoir, c'est-à-dire de produire la stupeur. Ce mot est synonyme parfait de *narcotique*, dont on se sert bien plus souvent.

STUPEUR, s. f., *stupor* : engourdissement des organes des sens et de ceux du mouvement. Terme d'une signification mal déterminée, et qui désigne pour l'ordinaire un premier degré d'ANESTHÉSIE ou de PARALYSIE, ou ces deux états en même temps. Quand cet état est accidentel et durable, Georget a proposé de lui donner le nom de *stupidité*, qui devient alors synonyme d'IDIOTISME acquis. La stupidité, dit-il, est l'absence accidentelle de la manifestation de la pensée, soit que le malade n'ait pas d'idées soit qu'il ne puisse les exprimer. Les aliénés stupides paraissent être dans un état complet d'anéantissement moral; ils sont indifférens à tout ce qui les entoure; leur extérieur annonce une tranquillité parfaite; la sensibilité générale est toujours affaiblie; les malades ne se sentent pas, urinent sans s'en apercevoir. La stupidité dont parle Georget diffère de l'idiotisme en ce que, dans celui-ci, il n'y a jamais eu d'intelligence; et de la démence, en ce qu'il n'y en aura plus dans celle-ci, tandis que dans la stupidité elle peut se rétablir, et se rétablit parfois en effet. Les autres symptômes sont d'ailleurs ceux de la FOLIE.

STYLET, s. m., *stylus* : instrument de chirurgie, long, mince et flexible, d'or, d'argent, ou d'acier peu trempé, dont on se sert pour sonder les plaies, les fistules, et quelquefois même pour exécuter certaines opérations. Les chirurgiens en font un usage très-fréquent.

STYLO-GLOSSE, adj. et s. m., *stylo-glossus*; nom du plus court des petits muscles qui naissent de l'apophyse styloïde. Il s'insère derrière le sommet, et un peu aussi à la partie supérieure de la circonférence de cette apophyse, et va gagner la base de la langue, dans laquelle il s'épanouit en manière d'éventail. Il s'étend jusqu'à la pointe de l'organe, et s'entrelace plus ou moins avec les muscles hyo-glosse et génio-glosse. Ses usages sont de tirer obliquement la langue en arrière et de son côté. Il l'élargit quand il agit de concert avec celui du côté opposé.

STYLO-HYOIDIEN, adj. et s. m., *stylo-hyoïdeus*; nom d'un muscle mince, allongé et arrondi, qui naît, par un court tendon, à peu près vers le milieu de la face externe de l'apophyse styloïde, se porte de là en devant, en bas et en dedans; offre, près de son extrémité inférieure, une fissure dans laquelle passe le tendon du digastrique, et s'attache à la moitié antérieure du bord externe de la grande corne de l'hyoïde, en face

du muscle thyro-hyoïdien. Il tire l'hyoïde en haut et en arrière.

STYLOIDE, adj., *styloïdes*; épithète donnée par les anatomistes à trois apophyses allongées en manière de stylet, qui appartiennent, l'une à l'os temporal, l'autre à l'extrémité inférieure du cubitus, et la troisième à celle du radius.

STYLO-MASTOIDIEN, adj., *stylo-mastoïdeus*; qui est en rapport avec les apophyses styloïde et mastoïde du temporal.

L'*artère stylo-mastoïdienne*, née de la partie antérieure et supérieure de l'auriculaire postérieure, fournit d'abord des ramuscules au conduit auditif externe, et pénètre ensuite, par le trou du même nom, dans l'aquéduc de Fallope. Elle se distribue à l'apophyse mastoïde, au tympan, à une portion du labyrinthe, et s'anastomose avec un rameau de la méningée moyenne.

Le *trou stylo-mastoïdien*, placé à la partie inférieure du rocher, termine l'aquéduc de Fallope en bas. Il donne passage à l'artère du même nom et au nerf facial.

STYLO-MAXILLAIRE, adj., *stylo-maxillaris*; épithète donnée à un ligament ou plutôt à une sorte d'expansion aponévrotique qui s'étend de l'apophyse styloïde au sommet de l'angle de la mâchoire inférieure, et qui s'attache, sur ce dernier point, entre le masseter et le ptérygoïdien interne.

STYLO-PHARYNGIEN, adj. et s. m., *stylo pharyngeus*; nom d'un muscle allongé, arrondi et assez considérable, qui naît de la face interne et du bord inférieur de l'apophyse styloïde, par un tendon large et court, et qui se porte en dedans et en bas. Un amas assez considérable de graisse le sépare d'abord du constricteur supérieur du pharynx, après quoi il se dirige de haut en bas et de dehors en dedans, passe sous la partie inférieure du constricteur moyen, et se répand sur la parois latérale et postérieure du pharynx, à la tunique vasculaire duquel un tissu cellulaire très-dense le fait adhérer d'une manière intime. Ses fibres supérieures, qui décrivent une anse dont la convexité regarde en bas, s'entrelacent avec celles du constricteur supérieur, tandis que les inférieures s'écartent en manière d'éventail. Les unes et les autres descendent jusqu'à la base de la corne postérieure du cartilage thyroïde, et s'attachent à son bord postérieur. Ce muscle soulève et dilate transversalement le pharynx et le larynx.

STYRAX, s. m., *styrax*; baume liquide, qui découle du *liquidambar-styraciflua*, arbre de la famille des amentacées, et particulier aux contrées chaudes de l'Amérique. On en distingue deux qualités: le *baume copalme*, qui coule par les incisions faites à l'arbre, et qui est fort rare; le *styrax* pro-

prement dit, qu'on obtient en faisant bouillir les branches et les rameaux. Cette dernière qualité est la plus commune dans le commerce, et celle dont on se sert habituellement.

SUBÉRATE, s. m.; sel formé par la combinaison de l'acide subérique avec une base salifiable. Aucun subérate ne sert en médecine.

SUBERINE, s. f.; principe immédiat des végétaux, qui fait la base du liége, qui existe aussi dans l'épiderme de tous les arbres, selon Fourcroy, et qui a pour caractères d'être flexible et léger, de brûler avec une flamme vive, et de donner, quand on le traite par l'acide nitrique, de l'acide subérique, avec une substance analogue à la cire.

SUBÉRIQUE, adj.; nom d'un acide qui se rapproche beaucoup du benzoïque, et que l'on obtient en traitant le liége par l'acide nitrique. Il cristallise en aiguilles allongées. Sa saveur est acide et sans amertume; peu soluble dans l'eau, il se dissout très-bien dans l'alcool; il se fond au feu, et se convertit bientôt en vapeurs, qui exhalent l'odeur du suif.

SUB-INFLAMMATION, s. f., *sub-inflammatio*, *hypophlegmasia*. Broussais appelle ainsi : 1° les irritations des tissus extérieurs où prédomine la partie albumineuse du sang, où la chaleur est peu de chose, et où la rougeur n'existe pas; 2° l'irritation chronique de la peau, qui porte, d'une manière spéciale, sur ses tissus extérieurs, sur ses vaisseaux absorbans, et qui dénature cette enveloppe en l'engorgeant d'albumine dégénérée; 3° l'exaltation de l'irritabilité et de la contractilité des ganglions tuméfiés, endurcis ou ramollis; 4° les tuméfactions d'apparence analogue à celle de ces ganglions, qui surviennent dans les tissus où dans l'état sain on n'aperçoit pas de glandes lymphatiques. En un mot, les scrofules, les dartres, la lèpre des *Grecs*, les tubercules, ne sont que des sub-inflammations pour Broussais. L'inflammation, dit-il, s'associe à la sub-inflammation, soit comme cause, soit comme effet, et quelquefois l'accompagne dans toute sa durée; la sub-inflammation des tissus lymphatiques ne se développe primitivement à l'inflammation que dans les pièces qui revêtent le squelette, et dans les parties molles qui le recouvrent. Les viscères n'en sont affectés que consécutivement. Lorsque la sub-inflammation a régné dans les tissus des membranes articulaires, artérielles, et autres tissus naturellement secs et peu extensibles, il y a extravasation de l'*albumine*, et cette *humeur* se dessèche par l'absorption, et se convertit en concrétions CALCAIRES!!! par exemple chez les goutteux, et dans les ganglions lymphatiques devenus tuberculeux, ainsi que les follicules sécréteurs de la mucosité. Toute sub-inflammation peut produire le cancer. La forme chronique presque indolente et

apyrétique des inflammations des membranes séreuses se confond avec les sub-inflammations.

Tel est le sommaire textuel des idées de Broussais sur la sub-inflammation. Mais cette expression n'est point admissible; car *sous-inflammation*, *inflammation inférieure*, ne signifie pas inflammation des parties où les vaisseaux blancs, où la partie blanche du sang, dominent; ni même, inflammation, sans rougeur, et avec peu de chaleur.

Si l'on voulait absolument donner un nom aux inflammations sans rougeur, le meilleur serait celui d'irritation. Toute inflammation, même aiguë, peut être sans beaucoup de chaleur. Pourquoi donner le nom de sub-inflammation à l'inflammation des vaisseaux absorbans, qu'on n'a jamais vus? Qu'est-ce que l'exaltation de la contractilité des ganglions lymphatiques, et d'abord qu'est-ce que la contractilité de ces ganglions? Pourquoi supposer que la dégénérescence tuberculeuse soit l'effet d'une sub-inflammation et d'une inflammation; et comment une inflammation avec rougeur et beaucoup de chaleur peut-elle se compliquer, dans le même tissu, avec une inflammation sans rougeur, et avec peu de chaleur? Tout cela se réduit à dire que l'inflammation peut être lente, obscure, latente, et quand elle est chronique, alors même qu'elle est aiguë; que l'inflammation obscure est souvent primitive, quoi qu'en dise Broussais; qu'elle finit, le plus ordinairement, par être intense, vive, moins forte; qu'à une inflammation bien caractérisée peut succéder une inflammation équivoque que l'intensité, la vivacité de l'inflammation coïncide en général avec la prédominence artérielle dans le tissu malade. A quoi il faut ajouter qu'il est absurde de donner le nom de sub-inflammation à l'état stationnaire d'indolence et de non chaleur d'un ganglion qui reste des années tuméfié sans que sa texture s'altère.

Le mot sub-inflammation tend à créer, dans la tête des élèves et des praticiens, une entité à laquelle ils finiraient par attribuer, sans examen, toute altération de texture autre que la suppuration et l'induration rouge. Les mots d'*irritation* et d'*inflammation* suffisent pour désigner, le premier, génériquement, le surcroît d'action vasculaire et nerveuse, et le second, spécialement, l'irritation avec afflux permanent du sang vers un tissu, et toutes ses conséquences. *Voyez* INFLAMMATION et IRRITATION, SCROFULES, ASTHÉNIE.

SUBINTRANT, adj., *subintrans*. Bellini s'est servi de cette épithète pour désigner les fièvres dans lesquelles un accès est à peine fini que déjà un autre commence. On a beaucoup discuté pour savoir si ces maladies appartenaient au type continu ou bien au type intermittent, ou s'il fallait les consi-

dérer comme des maladies rémittentes. Le fait est que, dans ces affections, il n'y a pas d'intermission, que la rémission est à peine sensible, et que le mal offre une succession presque non interrompue d'accès plus ou moins bien caractérisés. Les fièvres subintrantes ont fait le désespoir des pyrétologistes qui ont mis le type en premier ligne dans leurs classifications; elles n'offrent de particulier, pour le médecin physiologiste, que le spectacle d'une inflammation, simple ou étendue à plusieurs organes, qui reprend de l'intensité à mesure qu'elle semble diminuer, et qui exige le traitement antiphlogistique direct, énergique, dans chaque période de chaleur, les applications chaudes à la peau, et les boissons chaudes dans la période de froid, le repos dans celle de sueur, et le quinquina ou les moyens analogues, dès qu'on obtient une intermission de quelque durée, ou du moins une rémission, si le danger est pressant. *Voyez* INTERMITTENTE (fièvre).

Nous serions curieux de voir Rayer, près d'un malade en proie aux souffrances d'une fièvre subintrante gastro-céphalique, chercher à prouver que c'est une névrose cérébro-spinale simple ou compliquée, et non pas une phlegmasie gastro-céphalique avec redoublemens pressés; et qu'une fièvre intermittente ne peut pas être continue, découverte dont il a enrichi la médecine moderne.

SUBLIMATION, s. f., *sublimatio;* opération au moyen de laquelle on réduit les parties volatiles d'un corps sec et solide en vapeurs que l'on reçoit et condense dans un appareil convenable. Elle a pour but de purifier certains corps, et d'en combiner d'autres dont on fait rencontrer les vapeurs dans un même récipient. Les appareils qu'elle réclame sont assez simples; mais ils varient en raison de la nature volatile, ou fixe des substances, selon aussi le degré de chaleur nécessaire et la forme qu'on veut donner au produit.

SUBLIMÉ, adj, et s. m.; produit de toute sublimation quelconque.

Ce mot, accompagné de l'adjectif *corrosif*, est plus particulièrement employé pour désigner le deuto-chlorure de mercure.

SUBLIME, adj. et s. m., *sublmis;* épithète donnée au fléchisseur superficiel des doigts. Ce muscle, qu'on appelle aussi *perforé*, naît de la partie antérieure du condyle interne de l'humérus, de la partie interne du ligament capsulaire de l'articulation huméro-cubitale, et du bord interne de l'apophyse coronoïde du cubitus. Une petite languette l'attache aussi à la face interne du radius; mais long-temps avant que celle-ci l'ait rejointe, il se partage en trois ventres, dont l'in-

terne se bifurque lui-même plus bas. Chacun de ces quatre ventres se termine par un tendon. Les quatre tendons passent ensemble sur le ligament annulaire du carpe, et vont gagner la paume de la main. Chacun d'eux, arrivé vis-à-vis le milieu de la première phalange, à peu près, se partage en deux languettes, qui se réunissent ensuite sur la seconde phalange, de manière que leurs fibres internes s'entrecroisent, et qui se séparent de nouveau, au dessous de ce point, pour aller s'attacher, à peu près derrière le milieu de la seconde phalange, à son bord radial et à son bord cubital. Ce muscle fléchit les secondes phalanges des doigts. Quelquefois il est dépourvu d'un tendon, notamment de celui du cinquième doigt, que remplace alors un de ceux du fléchisseur profond. Il n'est pas rare non plus qu'un de ses ventres, particulièrement celui qui appartient à l'index, soit séparé des autres dans toute sa longueur, et divisé en outre, par un tendon moyen, en deux portions charnues, l'une supérieure, l'autre inférieure.

SUBLINGUAL, adj., *sublingualis;* qui est situé sous la langue.

L'*artère sublinguale*, d'un calibre assez considérable, naît de la linguale, au moment où celle-ci arrive au bord antérieur du muscle hyo-glosse. Elle passe au dessus de ce muscle, entre lui et la glande sublinguale, fournit des ramuscules à cette dernière, à l'hyo-glosse, au lingual, et à la membrane muqueuse de la bouche, traverse le muscle mylo-hyoïdien, et s'anastomose avec le rameau maxillaire inférieur de la faciale. Quelquefois elle provient de cette dernière.

La *glande sublinguale*, l'une des salivaires, est paire, et située au dessous des parties latérales de la langue, où elle forme une sorte de crête oblongue, qui se dirige en arrière et en dehors. Allongée d'avant en arrière, et aplatie transversalement, elle peut être considérée comme un simple appendice de la sous-maxillaire, à laquelle elle tient souvent par son extrémité postérieure. Ses conduits excréteurs sont, parfois, au nombre de dix-huit à vingt; dans d'autres cas cependant, on en trouve un principal, qui va se jeter, soit dans celui de la glande sous-maxillaire, soit dans la bouche même. Mais il y en a toujours huit ou dix autres qui s'ouvrent sur les parties latérales du frein de la langue. Cette glande reçoit le sang des artères sublinguale, ranine et submentale. Ses veines vont se rendre dans les branches correspondantes à ses artères. Ses nerfs proviennent du lingual et du grand hypoglosse.

SUBMENTAL, adj., *submentalis;* qui est situé sous le menton.

L'*artère submentale*, rameau de la faciale ou maxillaire

externe, naît près du bord inférieur de la mâchoire, le long duquel elle marche, immédiatement au dessous de l'attache du muscle mylo-hyoïdien et au dessus du ventre antérieur du digastrique, fournit des ramuscules à ces deux muscles, s'anastomose avec la ranine, et se porte en avant, où elle s'anastomose avec celle du côté opposé, sur le milieu du bord inférieur de la mâchoire. Montant ensuite dans la substance de la lèvre inférieure, à laquelle elle donne des artérioles, ainsi qu'à la peau du menton, elle s'anastomose avec la coronaire inférieure et la dentaire inférieure.

La *veine submentale* va se jeter dans la labiale.

SUBMERSION, s. f., *submersio;* action de jeter un homme dans une eau profonde, et de l'y tenir enfoncé tout entier.

La submersion a été proposée et employée comme moyen thérapeutique, avec les précautions nécessaires pour empêcher que celui qu'on y soumet ne se noyât, dans la mélancolie, l'hydrophobie, la manie, l'épilepsie, et autres cas dans lesquels on se proposait de changer le mode habituel d'action du système nerveux. Il n'est pas nécessaire d'accumuler de longs raisonnemens pour prouver que le médecin qui aurait recours à un pareil moyen se rendrait réellement coupable. Considérée comme moyen perturbateur, la submersion a tous les inconvéniens du bain de surprise, plus d'autres qui lui sont propres, et qui ont lieu surtout quand on la prolonge jusqu'à l'asphyxie.

On s'est beaucoup évertué à découvrir la cause de la mort des noyés. Elle a été attribuée, en effet, à l'introduction de l'eau dans l'estomac, à l'abaissement de l'épiglotte qui ferme la glotte exactement, et s'oppose à ce que l'air contenu dans les poumons en sorte; à l'entrée de l'eau dans les ramifications bronchiques, et à la viciation de l'air renfermé dans la poitrine. Ces deux dernières causes sont les seules dignes de quelque attention. On peut regarder comme constant qu'il entre de l'eau dans les poumons des noyés, qu'elle ne s'y trouve pas en grande quantité, mais qu'elle y est toujours combinée avec l'air, sous la forme d'une matière écumeuse. La viciation de l'air contenu dans l'organe pulmonaire n'est pas douteuse non plus. Mais ces deux causes ne sont pas les seules auxquelles la mort puisse être rapportée; la congestion cérébrale et la syncope s'y joignent presque toujours, et jouent même quelquefois un rôle plus actif.

Envisagée sous le point de vue de la médecine légale, la submersion présente des considérations d'un grand intérêt. Le médecin peut être consulté pour savoir si un individu que l'on trouve noyé était vivant au moment de son immersion dans l'eau, et pour déterminer si, dans le cas où il était vivant, il

est tombé dans l'eau par accident, s'y est précipité, ou y a été jeté par une main criminelle.

L'examen attentif du cadavre peut seul conduire à la solution du premier problème, quand les preuves testimoniales manquent. Les auteurs de médecine légale admettent comme signes indiquant qu'un homme a été submergé vivant : 1°. la bouffissure, la rougeur ou la lividité de la face; les paupières entr'ouvertes, la pupille très-dilatée, la bouche close, la langue avancée vers les bords internes des lèvres, celles-ci et les narines couvertes d'une bave écumeuse. Non-seulement ces signes n'existent pas chez tous les noyés, mais, lors même que leur existence serait constante, ils ne prouveraient pas que la submersion ait eu lieu du vivant de l'individu.

2°. La pâleur extrême du cadavre. Mais la peau des noyés est quelquefois d'un rouge livide. D'ailleurs, la couleur des tégumens communs varie beaucoup, suivant que le corps a fait un séjour plus ou moins long dans l'eau, et suivant le temps qui s'est écoulé depuis qu'on l'en a retiré.

3°. L'écorchure des doigts; l'existence de sable, de boue, de vase, entre la peau et les ongles; ce qu'on attribue à ce que le noyé gratte le fond de l'eau en mourant. Ce caractère manque chez la plupart de ceux qui périssent avant d'arriver au fond; il peut arriver chez un homme qui aura cherché à se retenir avant de tomber dans une eau vers laquelle une chute sur un plan incliné l'entraînait.

4°. L'engorgement des veines des parties supérieures du cerveau; quelquefois l'injection des plexus choroïdes et des veines de Galien; plus rarement une petite quantité de sérosité dans les ventricules. Ces caractères se rencontreraient de même sur le cadavre d'un individu qui, avant d'être placé dans l'eau, aurait succombé à une apoplexie ou à une compression du cerveau.

5°. L'épiglotte est dressée et dans son état naturel; la trachée-artère, les bronches et les poumons contiennent une certaine quantité d'écume blanche ou sanguinolente; la trachée-artère est quelquefois couverte d'un mucus rougeâtre, facile à détacher; les poumons sont crépitans. Le seul caractère tiré de cette écume ne prouverait rien, puisqu'il s'en peut former une pareille lorsque le cadavre tombe en putréfaction. Mais il acquiert plus de valeur quand l'inspection du corps se fait avant qu'il soit pourri, et que la trachée-artère, les bronches, et surtout le tissu pulmonaire contiennent, indépendamment de l'écume, des corps étrangers, tels que vase ou boue, semblables à ceux qui se trouvent dans l'eau.

6°. Les cavités droites du cœur, les veines caves, les veines et l'artère pulmonaires contiennent une grande quantité de

sang, qui les distend. Il y en a beaucoup moins dans le cœur droit et ses dépendances, qui ne sont cependant jamais vides. Le ventricule droit est d'un brun noirâtre, et la gauche d'un rose clair. Ces caractères se manifestent dans presque tous les cas où la circulation a été arrêtée d'une manière brusque.

7°. Le sang reste fluide pendant plusieurs heures, même dans les vaisseaux du tissu osseux. Ce signe, l'un de ceux auxquels on attache le plus d'importance, manque rarement.

8°. Le diaphragme est refoulé vers l'abdomen, et la poitrine élevée. Quoi qu'il en soit ainsi dans la plupart des cas, le refoulement du diaphragme peut être très-peu sensible, et à peine discernable, sans compter qu'il n'est pas prouvé que certains gaz délétères ne le produisent point.

Aucun de ces caractères ne permet d'affirmer que la submersion ait eu lieu du vivant de l'individu; mais quelques-uns, lorsqu'ils se trouvent réunis, sont propres à établir des probabilités. Le médecin examinera, en outre, si l'individu n'aurait point été assassiné ou empoisonné avant d'être jeté à l'eau.

La seconde question que nous avons posée ne présente pas moins de difficultés que la précédente. Nous ne possédons, dans beaucoup de circonstances, aucun moyen de la résoudre. Tout ce qu'on a dit sous ce rapport est illusoire, et ne repose que sur de vaines hypothèses, sur des théories erronées. C'est au magistrat qu'il faut laisser cette tâche difficile. Le médecin doit seulement rechercher si l'individu avait des dispositions au suicide, s'il était sujet à des vertiges ou à l'épilepsie, si enfin son cadavre offre ou non des traces d'assassinat ou d'empoisonnement. Tous les détails dont on a surchargé les traités de médecine légale, y sont déplacés, puisqu'ils se rapportent à des circonstances qui ne peuvent être éclaircies, si elles en sont susceptibles, que par l'instruction et les débats de la cause.

SUC, s. f., *succus*. Les physiologistes ont donné ce nom à plusieurs liquides qui existent réellement, ou dont l'existence a été admise dans le corps humain. Tels sont : le suc pancréatique, le suc gastrique, le suc osseux. Ce dernier est un être imaginaire, et le suc gastrique doit être considéré comme tel aussi, dans le sens qu'y attachent les auteurs qui en ont parlé; car il ne constitue pas un liquide distinct de tous les autres, mais un mélange de la salive avec les exhalations perspiratoires et folliculaires des parois de l'estomac.

Les sucs obtenus des végétaux par la compression, portent en général le nom de *jus d'herbes*. La manière de les préparer est fort simple. Il suffit de monder et de laver les plantes fraîches, de les broyer dans un mortier, et de les enfermer ensuite dans un linge que l'on soumet à la presse, après l'avoir

noué. Lorsqu'elles sont très-visqueuses, avant de les comprimer, on y ajoute un peu d'eau, qui permet à ce suc de couler plus aisément. La même précaution est nécessaire quand on opère sur des végétaux naturellement un peu secs. Ainsi obtenus, les sucs contiennent, outre les produits solubles dans la sève, d'autres substances insolubles, telles que de l'amidon, de la résine verte, et du parenchyme fibreux, qui en altère la transparence, et dont on est obligé de les débarrasser. On y parvient de deux manières, avec ou sans le secours d'un intermède. Quand les sucs sont très-aqueux, la partie verte se rassemblant au fond, sous la forme de flocons, il suffit de les décanter; mais comme la forme du dépôt exige souvent un temps assez long pour faire craindre que le suc n'éprouve un commencement d'altération, il vaut mieux recourir de suite à la filtration à travers le papier gris. Quand le suc est visqueux, de sorte qu'il passerait difficilement à travers le filtre, et lorsqu'il ne contient d'ailleurs aucun principe volatil, on est obligé de recourir à un intermède. Le plus souvent alors on soumet le suc à une légère ébullition qui coagule l'albumine, et rend la filtration plus facile. Dans certains cas, on y ajoute auparavant du blanc d'œuf. Dans d'autres encore, il suffit de l'immersion pendant quelques minutes dans un bain-marie.

Avec quelque soin qu'on ait préparé, dépuré et clarifié les sucs, ils ne tardent pas à s'altérer. Cependant Appert a reconnu que, quand on les introduit dans des bouteilles fortes, entièrement pleines, bouchées exactement, et soumises à l'action de l'eau bouillante, on parvient à les conserver pendant plusieurs années en bon état et sans altération.

SUCCÉDANE, adj. et s. m.; nom donné à tout médicament qu'on peut substituer à un autre, parce qu'il jouit des mêmes propriétés.

Quatre motifs peuvent rendre nécessaire ou utile la substitution d'un médicament à un autre; ce sont le défaut de ce dernier, sa cherté, la répugnance qu'il inspire au malade, et les altérations qu'on craint qu'il n'ait éprouvées.

On s'est occupé dans tous les temps de la question des succédanés. Mais, malgré son importance, elle n'est point encore résolue, au moins d'une manière solennelle et généralement avouée. Mille raisons diverses, la cupidité des marchands, l'inconstance des malades, leur orgueil, les préjugés des médecins, s'opposeront probablement toujours à ce que l'on en donne, ou plutôt à ce que l'on en admette généralement la solution. Le moyen, en effet, qu'une substance qui se vend à vil prix, soit aussi efficace qu'une drogue apportée à grands frais de trois ou quatre mille lieues! Comment le médicament que propose un humble et modeste médecin pour-

rait-il marcher de pair avec tel remède dont le temps a consolidé l'empire, dont les vertus reposent sur l'autorité d'un nom célèbre, ou seulement d'un homme en crédit! C'est ainsi que fort souvent les intérêts les plus chers, les mobiles les plus puissans des actions humaines, se rattachent aux questions en apparence les plus futiles. N'a-t-on pas vu, il y a quelques années, le peuple de toutes les classes proscrire le suc de betteraves, qu'il consommait néanmoins journellement, sans s'en douter?

Pour qu'un médicament puisse être substitué à un autre, il faut qu'il possède le même mode d'action, quoiqu'il puisse être doué d'une activité inférieure, à laquelle on supplée en augmentant la dose. Il faut encore que son prix soit inférieur, ou, à prix égal, que les chances de pureté et de bonne qualité soient plus nombreuses en sa faveur.

Si l'on mettait ces deux règles en pratique, et que l'on voulût dépouiller toutes les préventions, rien ne serait plus facile que de trouver autour de nous, dans chaque pays, les agens médicinaux nécessaires ou utiles à la curation des maladies. Mais cette heureuse et salutaire réforme doit être reléguée avec les songes philanthropiques de l'abbé de Saint-Pierre.

SUCCENTURIAUX, adj. pl., *succenturiati:* épithète par laquelle on désigne quelquefois les capsules surrénales, appelées alors *reins succenturiaux.*

SUCCIN, s. m., *succinum.* On donne ce nom, ou celui d'*ambre jaune*, à un bitume solide que l'on trouve dans le sein de la terre, ou flottant à la surface de l'eau, en plusieurs contrées. Diverses hypothèses ont été émises sur son origine. On peut les réduire à deux principales. Suivant l'une, le succin est un bitume qui s'écoule dans la mer et qui s'y solidifie; selon l'autre, c'est une résine végétale découlant d'arbres résineux. Ces deux opinions sont dénuées de vraisemblance. Il est plus naturel de considérer l'ambre jaune comme le produit résineux d'arbres, aujourd'hui inconnus, dont une révolution du globe a détruit l'espèce et enfoui les débris. Quoi qu'il en soit, le succin a dû être liquide dans l'origine, puisqu'il contient souvent des corps étrangers, inorganiques ou organisés.

La couleur du succin varie du jaune clair au jaune rougeâtre et au blanc laiteux. Il est transparent ou opaque, fragile quoiqu'assez dur, jaunâtre, vitreux dans sa cassure, sans odeur manifeste, d'une saveur âcre, bitumineuse et désagréable, et plus léger que l'eau. Il brûle sur les charbons, avec une fumée épaisse. Exposé à une chaleur assez forte, il se ramollit et se boursouffle beaucoup, sans se liquéfier. Sa flamme est jaunâtre, variée de vert et de blanc. L'air ne l'altère pas à la tem-

pérature ordinaire. L'eau et l'alcool n'exercent presque aucune action sur lui. Après avoir été fondu, il se dissout facilement dans les huiles grasses et dans les huiles essentielles. Soumis à la distillation, il laisse dégager de l'acide succinique, qu'il contenait tout formé et uni à une grande quantité de matière huileuse. Cette dernière se partage en deux portions; l'une blanche, liquide et d'une odeur très-vive, qu'on nomme *huile volatile de succin*; l'autre brune ou noire et épaisse, que l'on appelle huile empyreumatique de succin. Il se sublime, en outre, une substance particulière, la *succinite*, qui se rassemble dans le col de la cornue. Le charbon qui reste contient un peu de fer.

Les anciens faisaient un grand usage du succin et de ses préparations, qui sont à peu près inutiles aujourd'hui. Sa poudre, donnée à la dose de quelques grains, passait pour aphrodisiaque, diurétique, astringente, et ses vapeurs étaient réputées jouir d'une grande efficacité contre les douleurs et les paralysies. Sa teinture, préparée avec l'alcool tartarisé, était regardée comme cordiale et antispasmodique; on en donnait depuis douze gouttes jusqu'à une demi-once. Le liquide rougeâtre qui coule au commencement de sa distillation, et qui n'est que de l'eau chargée d'un peu d'acide succinique et d'huile, constituait, par son mélange avec du sirop d'opium, le sirop de karabé. Enfin, l'huile de succin, souvent indiquée comme fortifiante, cordiale, diurétique, fait partie de l'eau de Luce et du baume de soufre succiné. La première se prépare en versant quelques gouttes d'huile de succin dans un flacon rempli d'ammoniaque, et agitant le mélange jusqu'à ce qu'il ait pris une couleur laiteuse. Quant au second, on l'obtient en faisant fondre du soufre, au bain de sable, dans cette même huile.

SUCCINATE, s. m.; sel formé par la combinaison de l'acide succinique avec une base salifiable.

Le seul succinate utile en médecine est celui d'ammoniaque, qui entre dans la composition de l'*eau de Luce*, savonule excitant que le hasard a fait décorer de propriétés contre les accidens produits par la blessure des animaux venimeux, dont il est plus que douteux qu'il jouisse réellement.

SUCCINIQUE, adj., nom d'un acide qui existe tout formé, mais en petite quantité, dans le succin, d'où on l'extrait par la voie humide, et mieux encore par la distillation, laquelle en procure une plus grande quantité. Après avoir été purifié, il se présente sous la forme de prismes aplatis, transparens, blancs, d'une saveur chaude et âcre, inaltérables à l'air, peu solubles dans l'eau, plus solubles dans l'alcool, fusibles et sublimables au feu, mais en subissant une décomposition partielle. On ne l'applique à aucun usage, malgré les nombreuses propriétés dont les anciens l'avaient décoré.

SUCCINITE, s. m., substance particulière qui se sublime, sous la forme de poussière jaune, dans le col de la cornue, lorsqu'on distille le succin. Elle est inodore, insipide, insoluble dans l'eau et l'alcool, très-peu soluble dans l'éther, soluble dans les huiles grasses et volatiles, et convertissable, en un corps résineux, quand on la fait bouillir avec l'acide nitrique.

SUCCION, s. f., *succio*, *suctus :* action d'attirer un fluide dans la bouche, en y faisant le vide à l'aide de l'aspiration.

C'est par le moyen de la succion que l'enfant qui vient de naître, non-seulement sollicite et entretient la sécrétion du lait dans le sein de sa nourrice, mais encore détermine l'afflux, dans sa propre bouche, d'une certaine quantité de salive, dont le lait a besoin d'être imprégné pour que les organes digestifs puissent l'attaquer convenablement. Cette dernière circonstance a été trop négligée. Elle explique pourquoi un enfant nourri au biberon contracte si souvent des irritations gastro-intestinales, dont le rachitisme devient presque toujours le résultat, et dont il est quelquefois délivré avec une merveilleuse rapidité lorsqu'on le confie à une nourrice. Il est vrai que la différence de lait doit également alors entrer en ligne de compte.

SUCCUSSION, s. f., *succussio :* mode d'exploration de la poitrine, qui consiste à lui imprimer des secousses brusques dans l'espoir de provoquer la fluctuation du liquide dont on présume la présence dans cette cavité. Quand, en effet, les plèvres renferment non-seulement de la sérosité, mais encore de l'air, cette manœuvre, dont Hippocrate fait mention, donne lieu à un bruit analogue à celui qu'on entend lorsqu'on agite une bouteille à moitié remplie d'eau. Nous avons eu l'occasion d'entendre une fois ce bruit, mais nous n'avons pu nous assurer de la nature de sa cause, n'ayant pu faire l'ouverture du cadavre.

SUCRE, s. m., *saccharum :* principe immédiat des végétaux, dont chacun connaît la saveur douce et toute particulière, qui se dissout presqu'en toutes proportions dans l'eau, et dont la solution, lorsqu'on l'expose à une température convenable, après y avoir mêlé une certaine quantité de ferment, subit la fermentation alcoolique.

Il existe plusieurs variétés de sucre, qui ont pour caractères communs, outre les précédens, de n'avoir pas d'odeur, de ne pas contenir d'azote, de se dissoudre dans l'alcool, du moins quand il a été un peu affaibli, de se boursoufler au feu, en exhalant l'odeur que l'on désigne sous le nom de caramel, et de donner, lorsqu'on les traite par l'acide nitrique, de l'acide malique et de l'acide oxalique. Ce sont le sucre proprement dit, celui de champignons, le sucre cristalloïde, le sucre des diabé-

tiques, le sucre liquide ou incristallisable et le sucre artificiel.

Le sucre proprement dit existe dans la canne à sucre, la betterave, le fruit du châtaignier, la sève de l'érable à sucre, et beaucoup d'autres végétaux. A l'état de pureté, il est blanc, solide, transparent, inodore, susceptible de cristalliser en prismes quadrilatères, que terminent des sommets dièdres. Il se dissout à poids égal dans l'eau froide, mais l'eau bouillante le dissout en toutes proportions; il est insoluble dans l'alcool et dans l'éther. La découverte du sucre de betteraves est due à Margraff. Guerrazi a fait, sur celui de châtaignes, des essais qui portent à croire qu'on pourrait se livrer avec quelque avantage à son extraction. Le sorgho, ou millet de l'Inde, donne, suivant Arduino, un sucre qui ressemble à celui de la canne. Celui de l'érable passe pour être moins soluble et moins sucré. Peut-être en est-il de même à l'égard du sucre que Banon a retiré de la sève du noyer.

Le sucre des champignons a été appelé aussi sétiforme, parce qu'il cristallise en aiguilles prismatiques, soyeuses et blanches; sa saveur est faible; il repand une odeur âcre lorsqu'on le brûle. Braconnot et Vauquelin l'ont retiré de plusieurs espèces de champignons, telles que les *agaricus volvaceus*, *acris* et *cantharellus*, les *hydnum repandum* et *hybridum*, le *boletus juglandis* et le *lycoperdon truncatum*.

Le sucre cristalloïde, que les raisins contiennent en abondance, surtout dans les pays méridionaux, se présente, sous la forme de grains peu consistans, réunis en masses blanches ou poreuses, dont la saveur est fraîche et moins sucrée que celle du sucre de canne. Il est moins soluble aussi dans l'eau, tandis qu'il se dissout complétement dans l'alcool. La figue, l'abricot, la cerise, la groseille et quelques autres fruits en fournissent également un qui ne presente que des différences légères.

Les tiges du maïs, la pomme, le coing, la prune, la pêche, l'azerole et presque tous les fruits à pépins et à noyaux contiennent un sucre incristallisable, que divers chimistes désignent sous le nom de *mucoso-sucré*. C'est un liquide jaune, peu concrescible, qui attire l'humidité de l'air, et qui est presque toujours associé au sucre cristallisable ou au sucre cristalloïde. En effet, il existe même dans la canne à sucre, et c'est lui qui constitue en grande partie les mélasses; peut-être parviendra-t-on à reconnaître que c'est une simple combinaison de sucre cristallisable avec un principe végétal.

L'urine des malades atteints du diabètes contient une substance sucrée, produite par l'action des reins, qui ressemble tantôt au sucre de canne, tantôt, et plus souvent, à celui de raisin.

Enfin, l'action prolongée de l'acide sulfurique très-affaibli et chaud sur l'amidon, le sucre de lait, le ligneux et autres principes immédiats des corps organisés, développe une substance sucrée qui ressemble au sucre de raisin, non-seulement par son aspect, mais même encore par la proportion de ses élémens, selon Schweigger. Cependant Kirchoff l'a obtenu sous la forme de cristaux semblables à ceux de canne. Il entre en fusion à la température de l'eau bouillante.

Dœbereiner assure que la seule pression exercée sur un mélange de gaz hydrogène carboné et d'acide carbonique, mis en contact avec du charbon, peut donner lieu à la formation d'un véritable sucre.

Personne n'ignore combien sont étendus et multipliés les usages du sucre. Sa saveur agréable, sa facile solubilité dans l'eau, son abondance dans la nature, la facilité de son extraction et de sa purification, le placent au nombre des substances dont on se sert le plus, à titre, soit d'aliment, soit d'assaisonnement, soit enfin de médicament. Depuis long-temps sa faculté nutritive est connue; on l'a même singulièrement exagérée en disant, avec Rouelle, qu'il est le plus parfait des alimens; ou, avec Cullen, qu'il est le principe nourrissant par excellence. Cependant quelques écrivains lui ont refusé toute espèce de qualité alimentaire, et ont même été jusqu'à lui attribuer une action véritablement nuisible sur l'économie. On l'a surtout peint comme une substance très-échauffante. Ce qu'il y a seulement de vrai, dans ces assertions contradictoires, c'est que le sucre, pris avec modération, ne nuit en rien à l'exercice des fonctions de l'estomac, mais que, quand on en abuse, il rend la bouche pâteuse, excite la soif, augmente la chaleur générale, diminue les excrétions alvines, produit souvent des tiraillemens ou même des ardeurs d'estomac ou d'entrailles, en un mot, détermine tous les accidens qui résultent de la surexcitation de la membrane muqueuse gastro-intestinale. Ces effets varient ensuite à l'infini suivant les individus; mais ils suffisent pour autoriser à conclure que le sucre ne pourrait jamais, sans inconvénient, être pris long-temps à haute dose, et surtout comme aliment exclusif, résultat confirmé par les expériences de Carminati et de Magendie sur des chiens. Cependant on doit bien se garder de trop généraliser ces dernières expériences, qui ont été faites sur des chiens, animaux essentiellement carnivores, auxquels, indépendamment du sucre pour tout aliment, on ne donnait, pour unique boisson, que de l'eau distillée. En effet, il n'est assurément pas un seul animal qu'un pareil régime exclusif, associé à une boisson si inconvenante, ne conduisît en peu de temps au tombeau, sans qu'on fût autorisé à déduire de là que le sucre et l'eau distillée ne peuvent

point servir à l'alimentation. Au reste, on ne peut plus douter aujourd'hui que le sucre ne soit un excitant assez énergique, et les expériences de Stark viennent confirmer, sous ce rapport, les résultats de celles de Magendie; car ce médecin a vu son usage continu pendant plusieurs jours, à la dose de quatre, huit, dix, seize et vingt onces, avec de l'eau et du pain, occasioner des nausées, des flatuosités, faire naître de petits ulcères à l'intérieur de la bouche, rendre les gencives rouges, gonflées, saignantes et les selles liquides. Mais on ne saurait croire, avec Magendie, que l'absence de l'azote est la cause principale de ces phénomènes, car tout autre excitant en produirait de semblables avec plus ou moins de rapidité. Et repoussant l'humorisme et ses romans, il faut bien se garder d'y substituer des doctrines chimiques qui font perdre de vue la réaction des tissus vivans sur les corps qui les touchent, et l'influence réciproque de tous ces tissus les uns sur les autres.

Cette propriété stimulante du sucre peut servir à faire apprécier tout ce qu'on a dit de son emploi dans les maladies, et, sans aller aussi loin que Willis, qui lui attribuait la multiplication de scorbuts en Angleterre, il est bien permis de penser qu'à haute dose surtout, il ne convient pas toutes les fois que les voies gastriques sont frappées d'un degré plus ou moins intense de phlegmasie. Cette même propriété explique également les bons effets qu'il produit dans les affections légères de la poitrine, où il agit comme un léger révulsif. Si l'on voulait le révoquer en doute, malgré tant de faits qui l'attestent hautement, il suffirait de rappeler l'action évidemment stimulante que le sucre exerce lorsqu'on l'applique sur une plaie, un ulcère ou une membrane muqueuse extérieure.

SUCRE DE LAIT; substance cristallisable en parallélépipèdes réguliers et blancs, d'une saveur fade et terreuse, moins soluble dans l'eau que le sucre, insoluble dans l'alcool, décrépitant, se boursouflant au feu, et exhalant une fumée blanche, avec une odeur de caramel, que l'on obtient en évaporant le sérum du lait jusqu'à consistance sirupeuse, et le faisant ensuite cristalliser. Traitée par l'acide nitrique, elle donne de l'acide mucique. On l'a conseillée dans les irritations des voies digestives; mais elle n'a jamais joui d'un grand crédit, et elle est à peu près abandonnée aujourd'hui.

SUDORIFIQUE, s. m. et adj., *sudorificus*: épithète donnée à toute substance qui augmente l'exhalation cutanée, couvre la peau d'un liquide sans cesse renouvelé, et provoque ainsi le phénomène de la sueur.

Les nombreux agens que l'on réunit sous ce nom, et dont on faisait autrefois une classe distincte, font tous partie de celle des excitans; car s'il en est quelques-uns que l'on doive

placer parmi les émolliens, lorsqu'on les considère en eux-mêmes, ils ne contribuent point à la production de la sueur, quand ce phénomène arrive pendant leur administration, et l'on ne peut accuser que l'influence excitante du calorique dont est imprégné le véhicule qui tient leurs molécules en suspension. Aucune substance n'est douée spécialement de la propriété d'exciter la sueur. Tous les excitans qui agissent quelquefois ainsi le font par les irradiations sympathiques de la stimulation qu'ils exercent sur la membrane muqueuse des voies digestives, quand d'ailleurs la peau se trouve, individuellement ou accidentellement, dans les conditions favorables à la production du phénomène de la sueur. C'est pourquoi, à moins d'une prédisposition toute particulière, il est presque toujours nécessaire, pour provoquer cette dernière, d'associer à l'usage interne des médicamens réputés sudorifiques par excellence, l'application d'une chaleur artificielle à la peau, ou l'emploi de précautions propres à empêcher la soustraction de la chaleur naturelle, comme le séjour dans un lit bassiné et bien couvert. Un sudorifique peut exciter quelquefois des sueurs, mais on ne doit pas plus compter sur cet effet de sa part, que sur l'accroissement des urines, la simple excitation des voies gastro-intestinales, ou la provocation de déjections alvines, qu'il entre également dans sa manière d'agir de provoquer chez tels ou tels individus, dans telles ou telles circonstances données. Mais nous possédons toutefois, dans les bains de vapeurs et dans les étuves sèches, un sudorifique assuré, le seul sur lequel on doive compter, lorsqu'on croit avoir intérêt à augmenter l'action de la peau, et le seul par conséquent auquel on doive avoir recours alors, tant parce qu'il ne manque jamais son effet, que parce qu'il agit directement sur l'organe qu'on veut exciter, au lieu de le faire par l'intermède d'autres organes, dont les sympathies pourraient fort bien ne pas se prononcer par cette voie.

SUETTE, s. f., *morbus sudatorius*, *febris miliaris sudatoria*, *sudor anglicus* : maladie observée en Angleterre, en Picardie et dans le Languedoc; dans le Berry, l'Alsace, en Auvergne, aux environs de Lyon, caractérisée, entre autres phénomènes, par des sueurs abondantes, répétées, prolongées, parfois avec éruption miliaire. Rayer a tracé une bonne histoire de cette affection; il n'osait pas se prononcer sur sa nature en 1822, pour des motifs qu'apparemment il n'avait plus en 1824, époque à laquelle il adopta les opinions de Broussais, de Boisseau et de Coutanceau, sur le siége et la nature des maladies appelées *fièvres*. L'épidémie de suette, observée par ce médecin dans le département de l'Oise, offrait les caractères suivans, que nous empruntons textuelle-

ment à son ouvrage, ce dont nous avertissons, afin qu'on ne nous adresse pas le reproche qu'on lui a justement adressé pour des emprunts sans indication de source.

L'invasion de la maladie, dit-il, était quelquefois annoncée par un léger sentiment de lassitude, par une douleur au dessus des yeux, par la perte de l'appétit; souvent aussi l'invasion se faisait sans signes précurseurs. Plusieurs individus qui s'étaient couchés bien portans se sont réveillés atteints de la maladie, le corps inondé d'une sueur abondante, qui n'a cessé qu'à la mort ou à la convalescence. Quelquefois un mouvement fébrile à peine sensible, une chaleur brûlante, ou le sentiment d'une vapeur parcourant tous les membres, et presque toujours un resserrement à l'épigastre, précédaient de plusieurs heures ou de quelques instans l'apparition de la sueur, ou plutôt celle d'une vapeur chaude, qui, d'abord bornée à quelques parties du corps, se répandait ensuite sur toute sa surface. La bouche était pâteuse, la langue couverte d'un enduit blanc sale, rarement jaunâtre; la soif peu vive, le désir des alimens nul ou peu prononcé; les urines offraient souvent leur couleur naturelle. Les malades étaient ordinairement constipés pendant toute la durée de la maladie. Le pouls était naturel dans bien des cas; il acquérait de la fréquence et de la plénitude lors de l'éruption. La respiration offrait cette espèce de gêne ou d'embarras qu'on éprouve dans un lieu où la température de l'air est trop élevée. L'encéphale et ses dépendances, les organes des sens et ceux de la génération, restaient étrangers aux désordres et aux souffrances ressenties par les autres parties.

Cet état persistait, avec de légères variations, le deuxième, le troisième et le quatrième jours de la maladie. C'était dans l'un de ces trois jours, et ordinairement le troisième, que se faisait habituellement sur la peau, après de légers picotemens, une éruption de boutons miliaires rouges et coniques, dont le sommet blanchissait quelque temps avant qu'ils s'affaissassent. Entre ces boutons rouges, ou sur d'autres parties du corps, presque jamais sur la totalité, paraissaient quelquefois de petits boutons perlés ou de petites vésicules arrondies et remplies d'une sérosité d'abord limpide. L'éruption était précédée de picotemens, de prurit ou de démangeaison à la peau. Elle ne durait pas plus de deux ou trois jours, à moins qu'elle ne se fît à la suite de paroxismes irréguliers et successifs. Quelquefois elle était suivie d'une desquamation assez considérable de l'épiderme. Dans d'autres circonstances moins fréquentes, soit que la marche de la maladie eût été intervertie ou modifiée par des médications plus ou moins actives,

ou n'a point observé d'éruption; cette absence de l'éruption a été également remarquée lorsque la maladie avait été abandonnée à elle-même. Parmi les individus qui se trouvaient dans l'un ou l'autre cas, il en est, et c'est le plus grand nombre, qui se sont plaints d'un picotement incommode à la peau, que les autres n'ont point ressenti; il était tout à fait semblable à celui qui précédait l'éruption lorsqu'elle avait lieu. Tous ces phénomènes disparaissaient après avoir progressivement diminué le septième, huitième, neuvième ou dixième jours.

Tels sont les symptômes le plus généralement observés, et dont l'ensemble, considéré d'une manière *métaphysique*, dit plaisamment Rayer, constituerait ce qu'on pourrait appeler l'espèce bénigne de la maladie. A ce tableau, il ajoute celui des variétés suivantes :

Quelquefois un resserrement plus violent se faisait sentir à l'épigastre; ce spasme s'étendait aux organes de la respiration, et donnait lieu aux plus pénibles anxiétés; les malades poussaient fréquemment de profonds soupirs; ils se plaignaient d'un sentiment de pesanteur sur la poitrine; ils éprouvaient, outre la constriction à l'épigastre, de nouvelles anxiétés, de l'étouffement, des battemens insolites et isochrones à ceux du pouls dans la région de l'estomac, et un malaise inappréciable qui leur suggérait les plus sinistres pressentimens. Ces phénomènes morbides apparaissaient quelquefois dès le début de la maladie, se renouvelaient plusieurs fois dans son cours, et se reproduisaient avec une nouvelle violence au moment qui précédait l'éruption générale ou partielle, c'est-à-dire du troisième, quatrième ou cinquième jour à dater de l'invasion. Parfois, dès le début, les malades, tourmentés de vertiges, en proie à une violente céphalalgie, éprouvaient des nausées, rejetaient les boissons, et faisaient des efforts violens pour vomir. On a vu plus rarement des phénomènes morbides être produits par une lésion directe de l'encéphale ou de ses dépendances. Alors la face était vultueuse et colorée, les yeux étaient saillans et rouges, les temporales battaient avec force, la pupille était contractée et immobile, et les malades succombaient en peu d'heures dans le coma, dans un délire furieux, ou frappés de paralysie. Dans d'autres circonstances, une douleur profonde dans la poitrine, le défaut de son dans une partie de sa cavité, la difficulté de l'inspiration, qui était courte, anhéleuse, la fréquence et la plénitude du pouls, les crachats sanguinolens, attestaient évidemment une inflammation des poumons. Enfin, quelques malades se plaignaient de dysurie, de douleurs profondes à l'hypogastre; phéno-

mènes qu'accompagnaient la coloration rouge, la rareté et l'excrétion douloureuse des urines.

« La durée de la maladie offrait de notables différences : tantôt mortelle dans vingt-quatre ou quarante-huit heures, tantôt se terminant à la fin du premier septenaire, plus souvent à la fin du second, elle se prolongeait quelquefois au delà du troisième. »

Telle est la maladie que Rayer a nommé *suette miliaire ;* il n'a point ouvert de cadavres, mais, d'après Colson, Dubout, Tavernier et Villemain, lorsque l'agonie avait été précédée d'anxiété, d'épigastralgie, de vomissemens, de chaleur et d'ardeur à l'épigastre, et des symptômes d'une violente irritation gastrique, on trouvait la membrane muqueuse de l'estomac d'un rouge plus ou moins vif, et les vaisseaux capillaires injectés; cette rougeur se prolongeait dans le petit intestin, où elle était beaucoup moins apparente. Quand la mort avait été produite par des raptus funestes vers le cerveau, les vaisseaux sanguins de ce viscère étaient injectés, et il y avait plus ou moins de sérosité dans les ventricules. Lorsque les mêmes désordres étaient trouvés à la fois dans l'estomac et le cerveau, la mort était attribuée, principalement à la souffrance de ces deux organes, sans qu'on pût affirmer celle qui l'avait déterminée.

L'épidémie du département de l'Oise était évidemment, dans le plus grand nombre des cas, une gastro-entérite, quelquefois avec sympathie, et même inflammation cérébrale, toujours avec sueurs abondantes, souvent avec éruption miliaire.

Les sueurs, dit Rayer, étaient abondantes, aigres, d'une fétidité particulière, assez semblable à celle que dégage la paille pourrie; elles apparaissaient dès le début de la maladie, et continuaient, sans interruption, à couler ou plutôt à s'exhaler sous la forme d'une vapeur épaisse pendant toute sa durée. Lorsque, dit-il, après avoir soulevé le drap et les couvertures des malades, on les laissait retomber, on était saisi par cette odeur, dont les malades étaient eux-mêmes infectés. Que l'affection fût bénigne ou mortelle, ces sueurs étaient uniformes. Elles n'étaient pas accompagnées d'une très-grande chaleur à la peau avant l'éruption, à moins que la lésion d'un organe important ne vînt accidentellement augmenter la chaleur. Le picotement précédait toujours l'éruption, il se faisait sentir dans le cours de la maladie, lors même que l'éruption n'avait pas lieu; rarement les malades l'éprouvaient au début.

L'éruption miliaire paraissait ordinairement le troisième ou le quatrième jour, d'abord sur les côtés du cou, à la nuque, vers les aisselles, sous les mamelles, chez les femmes, ensuite

au dos, à la face interne des bras, au bas-ventre, à la face interne des jambes et des cuisses, tantôt de haut en bas, et tantôt de bas en haut, sur ces diverses parties. Elle était tantôt générale et rapide, tantôt partielle et lente, circonscrite et ambulante, subite ou successive, discrète ou confluente. Cette éruption offrait ordinairement de petites granulations rouges, dures et coniques, qui rendaient la peau rude au toucher; d'autres fois, de petites granulations perlées, diaphanes, qu'on ne pouvait apercevoir qu'en tendant la peau et la regardant obliquement, mais sensibles au tact; plus rarement, de petites phlyctènes convexes ou aplaties, irrégulières, dont le volume égalait et surpassait même celui d'une lentille, que l'on remarquait sur la poitrine et les membres thoraciques; enfin, de petits points opaques et jaunâtres, distincts à travers l'épiderme, dans les endroits où l'épiderme est dur et épais, comme à la face palmaire des mains et à la plante des pieds. Ces diverses variétés de l'éruption se retrouvaient quelquefois sur les mêmes sujets. Elle disparaissait parfois très-promptement et sans desquamation, ou bien les vésicules se crevaient ou se desséchaient et tombaient sous forme pulvérulente. L'inoculation de la matière contenue dans les vésicules miliaires fut pratiquée sur lui-même quatre fois par Legrand. L'éruption disparaissait subitement quand un viscère s'affectait à un haut degré.

La mort survenait surtout le deuxième, troisième et quatrième jour, rarement au delà; un seul mourut en quatorze heures; un autre, le neuvième jour.

Sur une population de trente mille neuf cent quatre-vingt-un habitans, deux mille six cent cinquante-sept ont été affectés de l'épidémie, c'est-à-dire qu'il y eut un malade sur onze habitans environ.

L'enfance et l'extrême vieillesse furent plus épargnées que les autres âges; le plus grand nombre des malades avaient de onze à soixante-dix ans; les plus nombreux furent ceux de l'âge de vingt à quarante.

Cent seize malades succombèrent, autrement un sur vingt-deux, neuf dixièmes, ou un sur vingt-huit, sept dixièmes, pour les hommes, et un sur treize, trois dixièmes, pour les femmes.

Sur plus de vingt médecins, aucun ne contracta la maladie; donc elle n'était transmissible ni par le contact ni par l'infection. Par conséquent, tout ce qu'on a dit des voyages de l'épidémie, à la faveur des voyages des habitans, est une chimère.

La maladie régna depuis mai jusqu'en septembre; elle fut dans toute sa force en juillet et août. Dans une commune, il y eut un malade sur deux habitans, et la maladie y régna

cent quatorze jours. Elle régna plus long-temps là où elle parut le plus tôt. En somme, dit Rayer, le nombre des malades était d'autant plus considérable dans une commune, qu'elle était plus près de celles où la maladie avait commencé à paraître, qu'elle était plus malsaine, et qu'elle contenait un plus grand nombre d'indigens. La plus grande mortalité eut lieu en juillet et août; elle fut plus considérable, relativement au nombre des malades, au début et à la fin de l'épidémie. Il périt, parmi les matelassiers, un sur deux; les boulangers, un sur trois; les postillons et les tisserands, un sur quatre; les gardes forestiers, un sur quatre et demi; les bonnetiers, un sur cinq; les maréchaux ferrans, un sur cinq un tiers; les charrons un sur sept; les vignerons, un sur treize; les agriculteurs, un sur trente-un; les indigens, un sur trente; les ouvriers en général, un sur trente-cinq.

La suette miliaire du département de l'Oise fut une épidémie très-bénigne, même dans les communes où la moitié des habitans en fut affectée, car, à Ercuis, où cela eut lieu, il n'y eut qu'un mort sur environ vingt-neuf malades : ce qui explique comment il se fait que, les malades ayant été traités par les uns avec les vomitifs, par les autres avec les purgatifs, par d'autres avec les antiphlogistiques, tous les médecins se sont félicités du succès de la méthode qu'ils ont employée.

Pujol a donné d'excellens préceptes sur le traitement de la suette, relativement à l'état de la peau dans cette maladie. J'eus soin, dit-il, de tenir mes malades propres, et de leur faire changer de linge toutes les fois qu'ils en avaient besoin; je les laissais dans leur lit, mais je ne leur permettais que des couvertures légères; je voulais que les rideaux des lits fussent ouverts, et que l'air des appartemens fut souvent renouvelé; je redoutais le feu dans la chambre des malades, et vu la force avec laquelle le sang se portait à la tête, j'avais l'attention de faire tenir cette partie très-élevée. A l'intérieur, il donnait les boissons rafraîchissantes; il saignait au bras ou au pied quand la maladie menaçait un viscère important. Il purgeait, et nous ne craignons pas de dire que, dans la convalescence de plusieurs irritations pectorales ou céphaliques, accompagnées de sueurs abondantes et fétides, nous avons fait cesser cette évacuation de la peau en provoquant celle des intestins. En cela nous n'avons fait qu'imiter Broussais, qui nous fit prendre un minoratif, dans un cas semblable, avec le succès le plus immédiat et le plus décisif. Nous avions eu une bronchite fort intense par suite d'un refroidissement subit de la peau, au sortir du lit, et nous étions accablé de sueurs fétides qui coulaient pendant quatorze, seize et même vingt-heures chaque jour, lorsque cet habile médecin nous conseilla

l'usage de la crême de tartre; les sueurs cessèrent dès le même jour où nous prîmes cet évacuant, et nous recouvrâmes promptement nos forces.

La suette, avec ou sans éruption, n'est point une maladie spécifique; elle n'exige point d'autre méthode curative que celle qui est indiquée dans toutes les irritations viscérales et cutanées aiguës. C'est une entité sous le nom de laquelle on a compris une foule d'irritations, par cela seul que les sujets suaient beaucoup au début et dans le cours de leur maladie. Il serait peu méthodique de faire, sous le nom de *suette miliaire*, un ouvrage où l'on exposerait les phénomènes bénins ou graves que produisent les gastro-entérites, les pneumonies, les inflammations du cerveau ou des méninges, accompagnées de sueur abondante et d'éruption miliaire. *Voyez* MILIAIRE, SUEUR et TRANSPIRATION *cutanée*.

SUEUR, s. f., *sudor;* liquide qui coule à la surface de la peau, dans certaines circonstances, lorsqu'on a trop chaud, après un exercice violent, dans les vives émotions du système nerveux, dans le cours ou vers la fin de certaines maladies.

La sueur est-elle identique avec la matière de la transpiration insensible, devenue seulement plus abondante alors? Les avis sont partagés à cet égard, mais aucun ne repose sur des faits positifs. Chaussier *présume* que la matière de la transpiration cutanée est plus chargée d'acide carbonique, et moins riche en sels. La physiologie fourmille d'hypothèses semblables. On peut conjecturer qu'il en est de la sueur, à l'égard de la perspiration insensible, comme de la sérosité, par rapport aux sécrétions perspiratoires des membranes séreuses, entre lesquelles il existe sans doute aussi des nuances produites par celles du degré d'action des parties, mais sur lesquelles nous ne savons rien de précis.

Soumise à l'analyse chimique par Thénard, la sueur a donné beaucoup d'eau, de l'hydro-chlorate de soude, quelques traces de phosphate calcaire et d'oxide de chaux, très-peu de matière animale, point de sulfate, point de phosphates solubles, et un acide libre, qui paraît être l'acétique. Cependant, quoiqu'elle rougisse, en général, les couleurs bleues végétales, elle a des propriétés alcalines dans quelques maladies, et peut-être même aussi chez certains individus. Son odeur, insupportable dans l'état de concentration, est toute particulière. Sa saveur rappelle plus celle du sel marin que celle d'un acide. Elle n'a pas de couleur, mais tache cependant le linge de diverses manières, en bleu, en verd, en jaune, et même en noir.

Au reste, elle varie presque à l'infini, non-seulement chez

les divers individus, mais encore suivant les régions du corps. Elle a une odeur tantôt fade, tantôt acide, toujours aromatique, quelquefois agréable, le plus souvent repoussante, surtout celle des pieds chez certaines personnes. Plus abondante aux aisselles, aux aines, à la marge de l'anus, entre les cuisses, aux jarrets, à la tête, que partout ailleurs, elle acquiert une odeur spéciale sous l'influence de quelques alimens, tels, par exemple que les végétaux alliacés. *Voyez* TRANSPIRATION.

Dans l'état de maladie, la sueur est ou nulle ou abondante, générale ou partielle, froide ou chaude, aigre, fétide, ou douceâtre à l'odorat.

Il est quelques personnes qui ne suent jamais que dans l'état de maladie; il en est d'autres qui, dans cet état comme dans celui de santé, ne suent que d'une seule partie du corps; par exemple, nous avons en ce moment sous les yeux un jeune homme qui n'a jamais sué que de la tête, du cou, des bras et des mains; jamais la sueur ne s'est manifestée chez lui au dessous du diaphragme. Schmidt et Frank ont observé des sueurs unilatérales. Il est très-commun d'observer de la sueur aux pieds ou aux mains seulement.

On a vu la sueur se manifester pendant des jours, des mois, sans interruption, notamment chez des femmes, après la cessation des menstrues; l'action de la peau semblait, dans ce cas, suppléer à l'inaction de l'utérus, et la sueur remplacer le sang.

Les écrits des observateurs renferment plusieurs cas de sueurs périodiques quotidiennes et même tierces ou quartes; nous en avons vu de mensuelles dans les cas dont nous venons de parler.

La sueur est le plus souvent supprimée dans les maladies aiguës; elle est au contraire très-souvent augmentée dans les maladies chroniques; mais il y a de nombreuses exceptions à cette règle. En général, les maladies inflammatoires aiguës de l'appareil digestif la tarissent, tandis que celles des appareils respiratoire et circulatoire l'augmentent. Aux approches de la cessation de toute irritation aiguë très-intense et passagère, il y a souvent une sueur abondante. Il est moins commun de la voir commencer, continuer avec une irritation intense, et ne finir qu'avec elle. A l'instant de l'agonie, on observe une sueur froide partielle qui se rassemble en gouttelettes, et sous laquelle la peau est encore légèrement chaude.

La sueur accompagne très-souvent les irritations céphaliques et thoraciques, plus rarement celles de l'abdomen, et notamment celles de l'estomac et des intestins, excepté au déclin de leurs accès, et vers la fin de leur durée.

Une sueur générale, modérément chaude, sans odeur, est pour l'ordinaire d'un bon augure.

La sueur partielle indique souvent le siége du mal; cette remarque, qui est d'Hippocrate, nous a été fréquemment utile dans la pratique. La sueur du front annonce souvent la céphalalgie; celle de la poitrine, la bronchite, la pneumonie; celle de l'abdomen, la gastrite et surtout l'entérite.

La sueur aigre se prolonge souvent, et fait craindre la durée de la maladie ou de la convalescence.

La sueur fétide est d'un mauvais augure, à moins qu'elle ne paraisse après la diminution notable des principaux symptômes.

La sueur douceâtre est peu connue; on l'a observée dans la peste, dans la suette, dans la fièvre jaune, dans les gastro-céphalites.

La sueur froide annonce le commencement de la syncope et aussi l'agonie; elle se rassemble en gouttelettes, sous lesquelles la peau n'est froide qu'au certain temps après leur formation; jamais une peau froide ne sue, et il est faux, par conséquent, qu'il y ait des sueurs asthéniques, ou par faiblesse, au moins par faiblesse de la peau.

La sueur est le caractère le plus apparent de la dernière période d'un accès de fièvre; celui-ci n'est pas regardé comme complet quand elle n'a pas lieu; et en effet l'action perspiratoire de la peau ayant été suspendue pendant la période de froid et même durant celle de chaleur, il est conforme aux lois organiques que ce tissu devienne le siége d'une sécrétion qui efface tout vestige du travail morbide sympathique qui s'y est accompli.

J. Frank avait dit que l'hydropisie n'est peut-être qu'une sueur interne, avant que l'on eût dit que, dans la fièvre jaune, il y avait sueur de sang à la surface de la membrane muqueuse digestive.

La sueur est quelquefois tout à fait aqueuse; d'autres fois, elle est huileuse, surtout chez les blonds, et plus encore chez les roux; d'autres fois, elle a une odeur urineuse; il n'est pas rare qu'elle exhale une fétidité cadavéreuse, qui est un signe presque constamment mortel.

Schultz et Fabrice de Hilden ont vu des sueurs jaunes, safranées; Paullini, des sueurs vertes, et nous en avons vu de cette couleur; Dolæus, Winkler, Conradi, des sueurs bleues; une foule d'observateurs ont vu des sueurs rouges, sanguines, entre autres Fernel, Bartholin, Mercuriali, Lanzoni, Ledel. Olaüs Borrich, Zacutus Lusitanus et J.-P. Frank, ont vu des sueurs noires, Henkel et d'autres des sueurs phosphorescentes. La sueur est parfois sucrée, comme l'urine dans le

diabètes, selon Rhodius et Mollenbruck, dans l'éphidrose; elle est douceâtre chez les phthisiques. Salmuth prétend avoir vu de la bière sortir par la peau; Bartholin, du vin rouge; Marcellus Donatus, d'autres liquides : faits plus que douteux, qui alimentaient la curiosité crédule de nos ancêtres. La sueur, dit-on, a paru quelquefois après la mort.

Les boissons chaudes, aromatiques, excitantes, déterminent la sueur. Elle est un signe de suppuration chronique, d'irritation aiguë; la honte, la pudeur, la peur, le sommeil, le coït, la marche, la course, le chant, les cris, excitent la sueur. Quand on veut la provoquer, il n'y a rien de préférable aux boissons aqueuses aromatiques très chaudes et aux couvertures; si ce moyen échoue, il ne nuit pas ou nuit peu. L'opium, le camphre, l'antimoine irritent plus souvent l'estomac qu'ils ne provoquent la sueur. Quand la peau est enflammée, rouge et sèche, et que rien n'annonce la sueur, on parvient quelquefois à la provoquer par des affusions froides; mais c'est un moyen dont il faut user sobrement et rarement, quoiqu'en disent les Américains et les Anglais.

On modère la sueur, dans les maladies aiguës, quand elle est excessive, en couvrant légèrement le malade, en empêchant la température de la chambre d'arriver à un trop haut degré d'élévation, en faisant lever le malade, au moins pendant quelques instans. Ces mêmes moyens, qui sont sans danger, sont indiqués dans les maladies chroniques. Dans celles-ci, il faut se défier de l'usage intérieur de l'acétate de plomb et de l'acide hydro-cyanique conseillés pour diminuer les sueurs colliquatives. Nous avons vu l'acétate de plomb déterminer une violente gastrite, un redoublement de la bronchite, et une suffocation imminente chez un enfant auquel on l'avait administré. Quand il n'y a pas de contre-indication, un minoratif est le meilleur moyen pour faire cesser ces sueurs, au moins momentanément; mais on doit redouter de disposer le sujet à la diarrhée, qui l'épuiserait encore plus vite que la sueur. Comment espérer de faire cesser celle qui dépend d'une phlegmasie chronique du poumon ou de la plèvre avec suppuration ou épanchement, quand cette inflammation va bientôt mettre fin à la vie du malade?

SUFFOCANT, adj., *suffocativus* : épithète donnée à une variété du CATARRHE *bronchique*, c'est-à-dire de la BRONCHITE, dans laquelle la suffocation est imminente.

SUFFOCATION, s. f., *suffocatio* : état d'un sujet qui est sur le point de perdre la respiration, ou qui éprouve un sentiment tel de gêne dans la respiration, qu'il se croit sur le point d'étouffer. Ce mot désigne aussi la mort par cessation de la respiration, quelle qu'en soit la cause; il se trouve alors

synonyme d'asphyxie, d'apnée. Il résulte d'une expérience de Bourdon que la suffocation a pu être volontaire, qu'un homme a pu se faire périr en arrêtant volontairement le mouvement respiratoire, comme on dit que le fit celui des aruspices d'Etrurie qui annonça la perte prochaine de la liberté de Rome. Le sentiment de suffocation existe, avec plus ou moins d'intensité, dans les cas où la circulation est violemment accélérée, dans l'asthme, dans plusieurs maladies du cœur et des gros vaisseaux, dans les hydropisies thoraciques, la pneumonie chronique, le cauchemar, l'asphyxie imminente, etc. C'est alors le plus haut degré de la gêne de la RESPIRATION. Il serait difficile de dire par quelle série d'idées les anciens étaient arrivés à désigner l'hystérie sous le nom de *suffocation utérine* ou de la *matrice*, à moins que par là ils n'aient voulu indiquer que la gêne de la respiration partait de ce viscère. *Voyez* DYSPNÉE.

SUFFUSION, s. f., *suffusio;* synonyme d'épanchement. Ce mot, peu usité, a servi principalement à désigner toute coloration insolite ou accidentelle de la peau, ou d'une membrane muqueuse extérieure, qui dépend ou qu'on regarde comme l'effet d'un épanchement, et quelquefois la cataracte.

SUGILLATION, s. f., *sugillatio*. On appelle ainsi des taches livides, violettes, brunes ou noires, qu'on aperçoit sur les cadavres, plus ou moins long-temps après la mort, et qui, souvent même, se manifestent dans les derniers instans de la vie.

Ce mot, admis seulement par les auteurs de médecine légale, leur sert pour désigner les ecchymoses produites par une cause interne. Il est évidemment inutile d'admettre deux dénominations pour un phénomène, dès que la différence qu'on assigne ne porte que sur la cause. Il ne l'est pas moins de réfuter l'opinion de Fodéré, qui attribue les sugillations à un commencement de putréfaction; cette idée n'est pas du siècle.

SUICIDE, s. m., *suicidium*, *autochiria :* acte de l'homme qui se tue, meurtre de soi-même. La religion chrétienne condamne le suicide, la philosophie le blâme, le recommande ou flotte incertaine, plusieurs législations cherchent à le prévenir, et même essaient de le punir. C'est le plus souvent le résultat d'une faiblesse d'âme qui ne peut plus supporter la douleur physique ou morale; c'est quelquefois un acte du plus sublime dévouement, et par conséquent du plus grand courage; c'est fréquemment l'effet d'un délire instantané, aigu ou chronique; c'est tantôt une action convulsive instinctive, tantôt le résultat de méditations profondes et d'une volonté réfléchie.

L'espoir de servir la patrie, un parent, un ami, en mourant, et le respect pour la foi jurée, pour les lois; des croyances

religieuses, des dogmes politiques, des principes philosophiques, des préjugés, des usages; la douleur, le chagrin, l'ennui, l'impuissance; le délire des passions, celui des maladies aiguës, la folie : tels sont les motifs et les causes du suicide. Il n'y a point de suicide sans cause, sans motif, quoi qu'en ait dit Montesquieu; Esquirol et Coste ont réfuté cette erreur. Le suicide n'est pas toujours l'effet du délire, quoique l'acte lui-même soit pour l'ordinaire un effort. Mais il y a toujours exaltation dans le suicide le plus froid en apparence, autrement, un acte si contraire à l'instinct de conservation ne s'accomplirait jamais. Un mélange de courage physique et de lâcheté morale est la cause combinée d'un bien grand nombre de suicides. C'est faute d'avoir fait cette distinction qu'on a dit trop généralement que le suicide était un acte de lâcheté selon les uns, ou un acte de courage selon les autres.

Le suicide résulte toujours d'une sensation à laquelle on veut se soustraire, ou du dégoût de toutes les sensations que l'on peut se procurer, ou de l'impossibilité de se procurer certaines sensations, ou enfin d'une illusion des sens.

Le suicide est forcé, involontaire, instinctif, irréfléchi, quand il s'accomplit à l'instant même où la cause qui le détermine vient d'agir : telle une mère, voyant son enfant expirer, se jette par une fenêtre; tel un fils, voyant son père tomber mort à ses côtés, s'élance sur des baïonnettes; tel un maniaque se tue dans son aveugle fureur, sans avoir conscience de son action.

Le suicide est libre, volontaire, raisonné, réfléchi, quand un certain temps s'écoule entre l'événement, et lorsqu'il est le résultat d'une délibération, d'un choix : tel un militaire, déshonoré sans l'avoir mérité, forme le projet de se tuer après la bataille qui doit avoir lieu, se bat, étonne par sa bravoure, échappe à tous les dangers, et se tue après que le combat a cessé; tel un maniaque, s'imaginant entendre une voix qui lui dit sans cesse qu'il a mérité la mort, finit par se la donner, après avoir médité avec soin le moyen d'y parvenir.

Les temps modernes ont vu des suicides dont l'antiquité n'avait aucune idée. L'homme, dit Esquirol, a besoin de changer ses impressions; il a besoin de désirer, ou bien il tombe dans l'ennui; mais s'il a épuisé sa sensibilité par l'habitude des émotions trop vives, par l'abus des plaisirs; si, ayant tari toutes les sources du bonheur, il n'est plus rien qui puisse lui faire sentir qu'il vit, tous les objets extérieurs lui sont indifférens; plus il a eu de moyens pour se satisfaire, moins il rencontre d'objets nouveaux propres à exciter ses désirs; l'homme reste alors dans un vide affreux; il tombe, de la sa-

tiété de la vie dans le plus terrible des ennuis, puisqu'il conduit au suicide.

Esquirol signale une variété du suicide dont personne n'avait parlé. Il est des individus, dit-il, qui, à la suite de causes physiques ou morales variables, ont peu d'appétit, une douleur sourde à la tête, des chaleurs d'entrailles, des borborygmes, de la constipation; néanmoins leur extérieur n'indique aucun autre désordre grave de la santé; chez les femmes quelquefois, les menstrues se suppriment. Plus tard, ces malades ont les traits tirés, le regard fixe et inquiet; le teint est pâle ou jaune; ils se plaignent d'une gêne, de douleur à l'épigastre, d'une sorte d'engourdissement de la tête qui les empêche de penser, et d'une torpeur, d'une lassitude générale qui les empêche d'agir. Ils ne font point de mouvement; ils aiment à rester couchés ou à être assis; ils s'impatientent lorsqu'on veut leur faire faire de l'exercice; ils abandonnent leurs occupations ordinaires, négligent leurs devoirs domestiques, sont indifférens pour les objets de leurs affections; ils ne veulent ni s'occuper d'affaires, ni converser, ni étudier, ni lire, ni écrire; ils redoutent la société, et surtout les importunités auxquelles cette maladie les expose. Affligés de cet état, ils ont des idées noires; enfin, désespérés de leur nullité ou prétendue nullité, qu'ils croient ne pouvoir jamais surmonter, ils désirent la mort, la réclament, et souvent se la donnent, voulant cesser de vivre, parce qu'ils croient ne pouvoir plus remplir les devoirs de la société. Ces malades ne déraisonnent pas; leur impulsion au suicide est d'autant plus forte qu'ils ont eu plus d'occupations habituelles et plus de devoirs à remplir. Cette maladie peut persister pendant plusieurs mois, pendant deux ans, alterner avec la manie, avec la santé parfaite; quelques malades sont pendant six mois, maniaques ou bien portans, et pendant six autres mois tourmentés par leurs idées noires et par le désir de se tuer.

Ce tableau est de la plus grande vérité, nous avons eu plusieurs fois l'occasion de nous en convaincre, surtout dans une ville de France où le premier degré de cette maladie paraît être endémique, si l'on en croit des bruits populaires. C'est le cas d'un état combiné de souffrance de l'encéphale et de l'estomac, peut-être avec quelque dilatation du cœur.

Esquirol n'a jamais vu d'individus qu'un funeste penchant entraînât au suicide par une sorte d'attrait irrésistible; j'ose croire, dit-il, que si l'on eût mieux étudié les individus que l'on dit avoir obéi à un entraînement insurmontable, on eût démêlé les motifs de leur détermination : le bonheur, dit J.-J. Rousseau, n'a point d'enseigne extérieure.

Parmi les malheureux qui tuent avant de se tuer, dit Esquirol, il en est qui obéissent à des passions véhémentes qui les portent promptement à ce double homicide; les autres sont mus par des passions lentes. Il en est qui ne veulent pas se tuer de crainte de commettre un trop grand crime; les autres, parce que, certains de mourir après avoir tué, ils espèrent avoir le temps de se préparer à la mort. Il en est qui tuent les personnes qui leur sont le plus affectionnées pour les préserver des peines de la vie ou des dangers de la damnation, ou enfin pour ne pas s'en séparer, croyant leur être réunis après la mort.

Il serait consolant, dit Coste, de pouvoir décider que le suicide est toujours l'effet d'une maladie, et la plupart des hommes, trompés par le sentiment même de leur attachement à la vie, sont portés à penser ainsi; ils ne conçoivent pas alors que leur organisation tout entière se révolte contre la seule pensée de la mort, qu'un homme sain de corps et d'esprit puisse envisager la mort sans effroi; c'est un préjugé utile et doux. La mort est sans doute nécessaire pour l'homme, mais la vie ne dure qu'autant qu'il le veut, et ce n'est pas la faculté de vivre et de jouir qui le distingue de la brute, mais le pouvoir de s'abstenir de tout avec volonté, et même de la vie. Il s'agit d'être bien ou d'être mal au monde, alternative extrêmement simple, si l'on se reporte à la naissance des sociétés, singulièrement compliquée dans l'état de civilisation. Ainsi les causes du suicide, qui se réduiraient peut-être, pour le sauvage, à l'impatience de la douleur ou des privations physiques, se multiplient, pour l'homme civilisé, avec les chaînes de l'opinion et les intérêts moraux qui le gouvernent. A l'égard du penchant héréditaire au suicide, tantôt il existe avec la folie, tantôt il existe avec la raison; dans le premier cas, il doit être considéré comme phénomène dominant, et si l'on veut caractéristique d'une maladie mentale; dans le second, il n'est que la toute puissance d'une idée fixe et motivée, et peut-être tient-il beaucoup plus à l'imitation, à la contagion de l'exemple dans une famille, qu'à une disposition originelle, à une véritable hérédité. Le remords est une pensée trop sévère au cœur de l'homme pour qu'il puisse la supporter long-temps, et lorsqu'il n'y a point de réparation possible, la religion seule prévient le suicide. Je suis persuadé qu'il y a du remords au fond de bien des suicides mal interprétés. Je ne sais si la lecture des écrivains romantiques n'est pas propre à développer ce malaise des facultés morales, qui fait que les choses de la vie ne suffisent plus à leur activité. L'ennui est aussi le partage des hommes les plus distingués par leur esprit, et qui semblent avoir le moins besoin de sen-

sation; peut-être résulte-t-il alors de l'inaction de facultés puissantes, forcées de se replier sur elles-mêmes et de se consumer dans leur force, parce que rien ne leur répond; de là le désir de quitter un monde où l'on désespère d'être jamais aimé ni compris.

Quel est, ajoute Coste, le siége et la cause du suicide? quel est le siége de la détermination au suicide, des motifs du suicide? Si la cause est une douleur physique, son siége n'aura d'autres bornes que celles des parties sensibles; si cette cause est une douleur morale, elle aura nécessairement son siége dans la substance qui perçoit cette douleur; ainsi, en admettant tout ce qu'on suppose des fonctions du cerveau, il sera souvent le siége de la cause occasionelle du suicide, et constamment le siége des motifs et de la détermination.

Je regarde, dit-il, une loi qui flétrirait la mémoire d'un homme par cela seul qu'il attente à ses jours, comme impossible, parce qu'elle est contre la nature des choses; des lois qui punissaient le malheur et qui flétrissaient l'innocence n'ont pu être faites que par des idiots. Une éducation chrétienne est le plus efficace de tous les moyens pour prévenir le suicide, parce qu'une âme pénétrée de ses maximes n'est point accessible au désespoir, et parce qu'une conscience irréprochable est toujours plus forte que le malheur.

Nous rapportons textuellement ces passages, parce qu'il nous paraît impossible de penser plus juste et de mieux exprimer la vérité.

Appelé par les parens d'une personne disposée au suicide ou par cette personne elle-même, le médecin doit, comme s'il s'agissait de tout autre état pour lequel on réclamerait ses soins, se faire rendre exactement compte de la vie passée du sujet, de ses maladies antérieures; ensuite il dirigera ses recherches sur l'état présent de chaque organe, et d'après les indications, s'il s'en présente, il agira comme s'il ne s'agissait pas d'un cas de tendance au suicide. S'il y a des signes de folie, il demandera l'isolement; s'il n'en existe pas, il se bornera aux moyens réclamés par l'état de la tête, de la poitrine ou du bas-ventre. S'il ne s'offre aucun symptôme, il se bornera à recommander un régime adoucissant, le travail, les voyages et la distraction. Dans tous les cas, il prendra ou fera prendre les mesures nécessaires pour que le sujet ne puisse exécuter son projet.

Il est des personnes, des femmes surtout, qui menacent de se suicider, afin d'en obtenir ce qu'elles désirent, ou même uniquement pour tourmenter leurs proches; afin de déjouer cette basse manœuvre, il faut les laisser libres d'exécuter le projet dont elles font en quelque sorte parade. Mais il im-

porte de ne pas se tromper, car on pourrait hâter le moment d'un suicide non encore arrêté. Nous avons vu un officier affecté d'un cancer de l'estomac, dire chaque jour, pendant plus d'un an, qu'il se tuerait, et ne se décider à le faire que parce que d'imprudens camarades l'avaient plaisanté sur le retard qu'il apportait à l'accomplissement de son dessein.

Lorsqu'un médecin sage et éclairé est appelé près d'un de ces infortunés que le monde a blessés vivement, ou qui n'y trouvent plus aucun charme, il doit lui représenter que le suicide n'est excusable que lorsqu'on ne peut plus accomplir aucun devoir d'humanité, d'amitié; que le suicide, surtout chez un homme capable, est un acte d'égoïsme et d'indolence; que si les femmes se suicident plus rarement que les hommes, c'est parce qu'elles ont le courage de la douleur; et que, puisque le suicide réfléchi est un acte de la volonté, il est toujours possible à la volonté de se donner une autre direction, excepté dans le cas de folie.

Se suicider, c'est avoir le courage qui conduit le bras; supporter la vie, c'est avoir le courage de l'âme. Lorsque la pensée du suicide se présente à un homme doué d'un grand caractère et d'un esprit élevé, au lieu de se donner la mort, il se résigne à vivre; que celui qui n'a pas ce courage aille prodiguer sa vie pour les opprimés des deux hémisphères, enfin sortis de leur torpeur, et bientôt il sera réconcilié avec le monde, ou du moins il trouvera la fin de ses maux dans un trépas honorable : qui ne préférerait la mort de Bozzaris à celle de Castlereagh?

SUIF, s. m., *sebum* : nom vulgaire de la graisse de mouton, et en général de toutes celles qui ont beaucoup de consistance, et sont plus ou moins solides. Le suif de mouton entre dans la composition d'un certain nombre d'emplâtres, d'onguens et de pommades.

SUINT, s. m.; matière graisseuse qui imprègne la laine des moutons. Beaucoup de praticiens emploient la laine imprégnée de suint, sous prétexte qu'elle est résolutive et calmante. Evidemment, elle ne peut agir que comme moyen de conserver le calorique, ou par le corps gras qui l'humecte. Dans tous les cas, et sans nous arrêter ici à discuter l'utilité soit du calorique soit des applications de graisse sur une partie enflammée, il serait plus rationnel, et surtout moins dégoûtant, de recourir, soit à la laine lavée, dans l'une de ces deux circonstances, soit à des onctions huileuses dans l'autre. Mais tout ce qui paraît extraordinaire plaît au peuple de toutes les classes, et l'amour du merveilleux, ou de ce qui en a l'apparence, lui fait surmonter la répugnance et le dégoût.

SUINTEMENT, s. m. : écoulement lent d'un liquide qui sort goutte à goutte. On désigne assez souvent ainsi le fluide muqueux peu abondant qui accompagne l'urétrite chronique, surtout lorsqu'elle est compliquée d'altération organique des parois de l'urètre, c'est-à-dire de coarctations de ce canal.

SULFATE, s. m., *sulfas* : sel formé par la combinaison de l'acide sulfurique avec une base salifiable. Tous les sels de ce nom sont décomposés par le charbon rouge, qui les convertit en sulfures. L'hydrogène, le potassium et le sodium les décomposent aussi à une température un peu moins élevée. Un grand nombre d'entre eux servent dans les arts et en médecine.

Sulfate d'alumine et de potasse. Ce sel porte vulgairement le nom d'alun, article auquel il a été décrit. L'alun du commerce est tantôt du sulfate d'alumine et de potasse, tantôt du sulfate d'alumine et d'ammoniaque, tantôt enfin du sursulfate soit d'alumine et de potasse, soit d'alumine et d'ammoniaque.

Sulfate de baryte. Blanc, insipide et insoluble dans l'eau, ce sel est très-répandu dans la nature. Lorsqu'on le chauffe d'une manière brusque, il décrépite, phénomène qui tient à la vaporisation de son eau de cristallisation. A une température plus élevée, il entre en fusion. En chauffant au rouge une pâte faite avec ce sel, de la farine et de l'eau, on obtient le *phosphore de Bologne*, véritable sulfure de baryte, qui jouit de la propriété d'être lumineux dans l'obscurité. Le sulfate de baryte sert, en Angleterre, comme fondant dans les fonderies de cuivre, et comme poison pour mettre à mort les rats. Pelletier a proposé de l'introduire en médecine, mais on a toujours préféré le chlorure de barium, d'ailleurs peu usité lui-même.

Sulfate de chaux. Incolore, insipide et fusible à un feu violent, ce sel, qui existe en masses énormes dans la nature, absorbe l'humidité de l'air, sans toutefois être déliquescent. On le trouve dissous en plus ou moins grande quantité dans la plupart des eaux de puits, et c'est à sa présence que ces dernières doivent leur saveur fade, l'irritation qu'elles causent dans les voies digestives, enfin la propriété qu'elles ont de ne pouvoir cuire les légumes, ni dissoudre le savon. Après avoir été calciné, le sulfate de chaux prend le nom de *plâtre*.

Sulfate de cuivre. Connu sous les noms vulgaires de *vitriol* et *couperose bleue*, ce sel affecte la forme de parallélépipèdes obliquangles, passant quelquefois à l'octaèdre et au décaèdre, et dont les bords des bases sont souvent tronqués. Il a une couleur bleue, et une saveur âcre et styptique. Soluble dans quinze parties d'eau, à la température de quinze degrés C., et dans moitié moins à celle de quatre-vingt-huit, il s'effleurit légèrement à l'air, et s'y recouvre d'une poussière d'un gris

jaunâtre. L'action du feu, après lui avoir enlevé son eau de cristallisation, le convertit en une poudre d'un bleu blanchâtre, puis en un oxide noir. Il rougit les couleurs bleues végétales. Cullen assure l'avoir donné avec succès dans l'épilepsie et l'hystérie, en commençant par la dose d'un quart de grain, ou d'un demi-grain, suivant l'âge du malade, dose qu'il réitérait deux fois par jour, et qu'il augmentait par degrés, tant qu'elle ne déterminait pas de vomisssemens. Il avait soin toutefois de la porter jusqu'au degré capable d'exciter du malaise et même des nausées. Chalmers prétend aussi avoir traité avec le plus grand succès des hypocondriaques et des hystériques par le moyen d'une dissolution de sulfate acide de cuivre. Hofmann, Monro et Adair mêlaient ce sel avec la poudre de cannelle blanche ou l'extrait de quinquina sous forme pulvérulente, et ils disent avoir guéri par ce moyen des fièvres intermittentes et même rémitteutes très-rebelles. La poudre tonique de Smith n'est qu'un mélange de dix parties de sulfate de cuivre avec un gros de gomme kino et deux gros de gomme arabique. Alston et Hahnemann placent ce sel au rang des plus précieux émétiques. Hofmann l'administrait comme tel dans du bouillon gras; d'autres le donnent en solution dans l'eau, de manière qu'une once de liquide contienne à peu près un grain de sel. Simons le recommande au commencement de certaines phthisies pulmonaires; il prescrit de boire d'abord une demi-pinte d'eau, et d'avaler immédiatement après une solution de quelques grains de sulfate acide de cuivre; le tout est rejeté à l'instant, et on obtient encore un vomissement en buvant un verre d'eau. Personne n'oserait, en France, employer un pareil vomitif, qui paraît cependant être très-usité en Amérique, surtout au début des phthisies. Quoi qu'il en soit, le sulfate de cuivre est un puissant excitant, vénéneux, même à petite dose, et qui partage tous les inconvéniens des autres préparations cuivreuses. On ne l'emploie guère que comme escarrotique.

Sulfate de cuivre et d'ammoniaque. Ce sel, appelé aussi *cuivre ammoniacal*, est le spécifique antépileptique de Weissmann, qui se trouve cependant indiqué déjà par Stissor. On dit en avoir obtenu de grands effets dans les leucorrées, les blennorrhagies, les céphalalgies chroniques et invétérées, mais surtout l'épilepsie. Ce sel paraît avoir opéré de nombreuses guérisons d'épileptiques entre les mains de Winter, de Balt, de Duncan, de Cullen, de Russel, d'Odier et Chaussier; mais on aurait tort de le regarder comme infaillible, car il a souvent échoué. La manière de l'administrer est de commencer par un quart de gain ou un demi-grain deux fois par jour, et d'augmenter successivement la dose. On peut le dissoudre dans une ou deux cuillerées d'un liquide gommeux, ou le faire prendre en pi-

lules, telles que celles de la pharmacopée d'Edimbourg, qui sont faites avec seize grains de cuivre ammoniacal, et quatre scrupules de mie de pain humectée avec de l'ammoniaque, masse que l'on divise en trente-deux pilules. Ce sel est un irritant très-fort, qui produit parfois des vomissemens à la dose seulement d'un demi-grain. Il est cependant des malades qui en supportent jusqu'à huit grains par jour sans éprouver de nausées.

Sulfate de fer. Ce sel, appelé aussi *vitriol vert* ou *couperose verte*, doit ces noms à sa couleur, qui est verte. Il cristallise en rhombes transparens, qui s'effleurissent à l'air, et qui peuvent éprouver la fusion aqueuse. Décomposé par la chaleur rouge, il donne de l'oxigène, du gaz acide sulfureux, du tritoxide de fer, et un liquide très-dense et très-acide, que l'on désigne sous le nom d'*acide sulfurique glacial*. On l'emploie en médecine à la dose de six, dix et douze grains par jour. On peut le faire prendre en poudre ou en pilules; mais le plus souvent on l'administre dissous dans l'eau. Le malade boit cette solution pure, ou mieux encore la mêle avec du vin pendant ses repas. Marc a fait prendre avec succès jusqu'à un gros de ce sel par jour, dans une pinte d'eau, dans les fièvres rémittentes. Il importe de ne pas laisser les bouteilles à l'air, dont le contact décompose la solution, lui donne une couleur rouge, et en précipite une poudre jaune de sous-trito-sulfate de fer.

On appelle *sel de mars de Rivière* du sulfate de fer cristallisé dans l'alcool, que l'on donne à la dose de huit à dix grains dans la chlorose, les langueurs d'estomac, les hémorragies.

Ces deux préparations, comme toutes celles de fer, étant toniques, sont assujetties aux mêmes indications et contre-indications que les autres substances douées de cette propriété. *Voyez* tonique.

Sulfate de magnésie. Très-répandu dans la nature, où on le rencontre non-seulement en grande quantité dans les eaux de la mer, mais encore dans une foule d'eaux minérales, ce sel porte les noms de *sel d'Angleterre*, *sel d'Epsom*, *sel d'Agra*, *sel de Sedlitz*, *sel cathartique amer*. Il est blanc; en prismes à quatre pans terminés par un sommet dièdre. Il s'effleurit à l'air, et entre en fusion par l'action du feu; sa saveur est très-amère. On l'emploie, comme purgatif, à la dose d'une once ou même de deux, dans un véhicule approprié.

Sulfate de mercure. Ce sel peut exister sous cinq formes différentes. On ne s'en sert en médecine que sous celle de sous-deuto-sulfate, anciennement appelé *turbith minéral*. On l'emploie, mais rarement, en médecine, à la dose d'un à six grains, comme vomitif, antivénérien et antipsorique. C'est un agent

des plus violens, et qu'on doit, par cette raison, employer avec beaucoup de circonspection.

SULFATE DE POTASSE. Autrefois connu sous les noms de *sel de duobus*, *sel polychreste de Glaser* et *arcanum duplicatum*, ce sel est blanc, amer, et plus soluble dans l'eau bouillante que dans l'eau chaude. Il cristallise en prismes à six pans terminés par des pyramides à six ou à quatre faces. On le rencontre dans les végétaux ligneux. Jadis très-usité en médecine, surtout dans les fièvres, la pierre et le scorbut, il est peu employé maintenant; cependant on le prescrit encore quelquefois aux nouvelles accouchées, pour leur faire passer le lait. La dose est de deux gros dans un véhicule, qu'on répète une ou deux fois à quelques jours de distance. Aministré à haute dose, il produit un effet purgatif.

SULFATE DE SOUDE. Ce sel, appelé aussi *sel admirable de Glauber*, cristallise en prismes à six pans très-réguliers, transparens, et ordinairement canelés. Sa saveur, de salée qu'elle est d'abord, devient bientôt d'une amertume désagrable. Exposé à l'air, il tombe en efflorescence, et perd plus de moitié de son poids. C'est un des purgatifs dont on se sert le plus souvent. On le donne à la dose d'une once, ou même de deux, dissous dans un véhicule. On l'emploie aussi, à celle de deux gros, comme simple excitant des voies digestives, ou, ainsi que l'on disait jadis, comme fondant et incisif.

SULFATE DE ZINC. Ce sel, qui porte aussi les noms de *vitriol blanc* et *de couperose blanche*, est blanc, et cristallise en prismes à quatre pans terminés par des pyramides à quatre faces. Il a une saveur styptique, se dissout dans à peu près deux fois et demi son poids d'eau à quinze degrés, s'effleurit à l'air, et éprouve la fusion aqueuse, quand on l'expose au feu. On le trouve, dans la nature, à l'état natif. Il est fort rare qu'on l'emploie à l'intérieur, mais il sert fréquemment à l'extérieur en injections, lotions ou collyres, dans les inflammations chroniques et même dans les phlegmasies aiguës des membranes muqueuses extérieures.

SULFATE DE QUININE. Ce sel, préparé d'abord par Pelletier et Caventou, est d'un usage très-répandu maintenant en médecine. Il se présente sous la forme de cristaux blancs, solubles en totalité dans l'eau, peu dans la froide, mais davantage dans celle qui est bouillante, et surtout légèrement acidulée. Exposé à la température de cent degrés, il devient lumineux, surtout lorsqu'on le soumet à un léger frottement.

Il existe un autre sulfate de quinine qui, au lieu d'être alcalin, comme le précédent, est au contraire acide. Ce second sel, obtenu par Robiquet, cristallise en prismes quadrangulaires, aplatis, bien terminés, et solubles même à froid.

Le sulfate de quinine remplace maintenant le quinquina dans tous les cas où ce médicament est indiqué. On le donne depuis un grain jusqu'à trois ou quatre comme tonique, et depuis trois à quatre jusqu'à dix ou douze comme fébrifuge, dans vingt-quatre heures. Quelques médecins ont dépassé de beaucoup cette dose, et l'ont portée même jusqu'à trente-six grains en une seule fois; mais alors on a souvent remarqué qu'il produisait des accidens assez graves, tels qu'une gastrite, une grande agitation avec une très-forte excitation du cerveau et du système nerveux.

Ce sel a, sur le quinquina, l'avantage d'être, très-probablement, toujours doué de la même énergie, de pouvoir être dosé avec exactitude, d'entrer aisément dans toutes les préparations, quelle que soit leur forme, de répugner moins au malade que le quinquina en poudre, de moins soulever l'estomac, de provoquer rarement le vomissement. Les bons esprits ont dû, dans le premier temps de l'emploi de ce sel, se préserver de l'enthousiasme qu'il excita; il était alors permis de douter que ce composé chimique jouît de toutes les vertus du quinquina, et n'offrît que peu de ses inconvéniens; mais l'expérience a parlé. Le sulfate de quinine, employé à titre de tonique, agit comme le quinquina; employé pour prévenir le retour des accès des maladies fébriles ou non fébriles, intermittentes ou rémittentes, bénignes ou pernicieuses, il agit de la même manière que le quinquina; il irrite ordinairement moins, mais il irrite quelquefois beaucoup, et, comme le quinquina, il provoque parfois des gastro-entérites ou les exaspère. C'est un médicament très-efficace et très-commode, qui peut remplacer tous les amers que l'on fait entrer dans la composition des pilules, des potions, des sirops. Néanmoins, il est contre-indiqué dans tous les cas où le quinquina le serait lui-même.

Sulfate de cinchonine. Très-soluble dans l'eau, ce sel convient dans les mêmes cas que le sulfate de quinine, et l'on vient même tout récemment de prétendre qu'il lui était supérieur en efficacité, du moins dans beaucoup de cas. Il est à remarquer que tous ceux qui se sont occupés d'une manière spéciale d'un médicament quelconque, n'ont presque jamais manqué de lui attribuer des vertus supérieures à celles de tous ses congénères. La dose et le mode d'administration du sulfate de cinchonine sont les mêmes que pour celui de quinine.

SULFITE, s. m., *sulfis*; sel produit par la combinaison de l'acide sulfureux avec une base salifiable.

Tous les sulfites ont une saveur âpre et sulfureuse. Mis en contact avec la plupart des acides, ils font une effervescence très-vive, et répandent la même odeur que le soufre qui brûle.

L'oxigène ou l'air atmosphérique les fait passer peu à peu à l'état de sulfate. Tous sont inusités en médecine ; mais celui de chaux est quelquefois employé pour arrêter la fermentation du moût de raisin.

Les sulfites sont susceptibles de s'unir à une certaine quantité de soufre. Ils prennent alors le nom de *sulfites sulfurés*, combinaisons qui ne sont d'aucune utilité ni en médecine, ni dans les arts.

SULFO-CYANIQUE, adj.; nom donné par Thomson à un acide, découvert en 1808 par Porret, qui l'a appelé *cyanique sulfuré*. Cet acide a porté aussi les dénominations d'*acide prusseux* et d'*acide prussique sulfuré*. Il paraît être formé de soufre et de cyanogène. Liquide, incolore et d'une odeur piquante, il cristallise en prismes à six pans. Au contact de l'eau et de la lumière, il se décompose, en laissant déposer du soufre. Ses effets sur les corps vivans se rapprochent beaucoup de ceux de l'acide hydrocyanique. Les sels qu'il forme avec les bases salifiables portent le nom de *sulfo-cyanates*. Tiedemann et Gmelin viennent de constater sa présence dans la salive de l'homme.

SULFURE, s. m., *sulfuretum ;* combinaison du soufre avec un corps simple ou avec un oxide.

Les sulfures sont distingués en simples et en oxidés. On a aussi admis des sulfures hydrogénés, généralement désignés aujourd'hui sous le nom d'hydrosulfates sulfurés.

Les sulfures simples sont métalliques ou non métalliques.

Parmi les sulfures simples non métalliques, on distingue les suivans :

1°. Les sulfures d'hydrogène, au nombre de deux; l'un, gazeux, constitue le gaz hydrogène sulfuré, ou acide hydrosulfurique; l'autre, liquide, est appelé soufre hydrogéné ou hydrogène persulfuré.

2°. Le sulfure de carbone, ou soufre carboné, appelé aussi alcool de soufre, qui est liquide, très-volatil, très-inflammable, et qui résiste opiniâtrement à la congélation.

3°. Le sulfure de phosphore, qui demeure liquide à la température moyenne de l'air, et à qui une demi-combustion fait acquérir une inflammabilité dont on a tiré parti pour la confection des briquets dits phosphoriques.

4°. Le sulfure d'ammoniaque, gaz qui, mis en contact avec l'eau, la décompose et passe à l'état de sous-hydrosulfate sulfuré d'ammoniaque, c'est-à-dire, d'un liquide orangé très-fétide, auquel les anciens chimistes donnaient la dénomination de liqueur fumante de Boyle. On a conseillé ce dernier sel dans la goutte et le catarrhe vésical, et on l'a donné jusqu'à la dose d'une once. Son action irritante, annoncée par

32.

les selles liquides et les sueurs abondantes qu'il détermine, commande de l'employer avec beaucoup de circonspection.

Les sulfures simples métalliques ont été décrits à l'occasion de chaque métal.

Les sulfures oxidés, ou sulfures d'oxides métalliques, occupent un rang distingué parmi les agens médicinaux. On doit surtout, parmi eux, distinguer les suivans :

Le sulfure de chaux existe en certaine proportion dans la soude brute. Il est en masses rougeâtres, agglutinées et demi-fondues. L'eau, surtout à froid, ne le dissout qu'en petite quantité. Elle le transforme en hydrosulfate soluble et en sulfate sulfuré insoluble. Busch assure l'avoir administré avec succès dans la phthisie pulmonaire, tout en notant qu'il est contre-indiqué dans les cas d'irritation gastrique ou d'inflammation vive des poumons. Il prescrit d'en donner dix grains, de deux heures en deux heures, dose que l'on réduit à six ou huit grains, quand elle irrite trop. C'est un article de plus à ajouter aux nombreux révulsifs dont on s'est montré si prodigue dans cette cruelle affection. Hofmann, Selle, Stoll et autres praticiens l'ont administré avec succès dans le goître, les scrofules et plusieurs autres maladies. Hahnemann, Paping et Tellegen l'ont proposé comme un excellent moyen de combattre la salivation mercurielle, et Pihorel, comme une substance propre, par son mélange avec l'onguent napolitain, à empêcher le ptyalisme de se développer. Ni l'une ni l'autre de ces prétentions n'a été justifiée par l'expérience. Si le sulfure de chaux paraît mitiger l'action de l'onguent mercuriel, c'est parce qu'il diminue la quantité de ce dernier, et qu'on procède d'ailleurs avec beaucoup de circonspection dans le traitement par les frictions, s'arrêtant aussitôt que le moindre symptôme d'irritation paraît à la bouche. Quant à la salivation déjà déclarée, Cullerier s'est assuré qu'il n'exerce pas d'influence notable sur sa marche, et qu'il peut même produire des douleurs vives à l'estomac, des vomissemens sanguinolens, des accès de fièvre. Si donc il s'est montré parfois utile, ce n'a été jamais qu'à titre de révulsif. On a conseillé aussi de substituer le sulfure de chaux à celui de potasse pour la préparation des bains hydrosulfureux ; mais cette méthode, déjà recommandée par Zwelfer, Ettmuller et Jungken, a été négligée jusqu'à présent. Au reste, l'acide que l'on emploie souvent alors pour donner plus d'activité au bain, en dégageant davantage d'acide hydrosulfurique, devait être ici le nitrique ou l'hydrochlorique, et non le sulfurique, qui formerait un sulfate insoluble.

Le sulfure de magnésie, essayé par Cullerier, concurremment avec celui de chaux, dans le traitement de la salivation mercurielle, a paru jouir d'une action plus douce, ce qui ne

l'empêche pas de déterminer encore de la chaleur et une certaine constriction à l'estomac.

Le sulfure de potasse, ou *foie de soufre*, est solide, d'un brun mêlé de rouge et de jaune; sa cassure est vitreuse; il se dissout dans l'eau, qu'il décompose, en donnant pour produits un peu de sulfite sulfuré, sans odeur ni couleur, et de l'hydrosulfate sulfuré de potasse, qui est jaune-orangé ou verdâtre, et exhale une odeur fétide. Ce sulfure a une saveur amère, âcre, caustique et très-désagréable, c'est-à-dire qu'il a celle de l'hydrosulfate sulfuré, auquel il donne lieu sur-le-champ en se dissolvant dans la salive. C'est donc à ce dernier sel que doit être rapporté tout ce qu'on a dit de ses propriétés, car il n'agit jamais sur l'économie qu'après avoir été décomposé, et s'être transformé en un mélange d'hydrosulfate sulfuré et de sulfite sulfuré de potasse. Lorsqu'on l'administre à la dose de huit ou dix grains étendus dans plusieurs onces de véhicule, il stimule les voies gastriques, augmente la sécrétion muqueuse du tube alimentaire et parfois aussi des voies aériennes, accroît la chaleur et la transpiration cutanée, et provoque assez fréquemment des nausées ou des vomissemens. On doit donc le ranger parmi les excitans de la membrane muqueuse gastro-intestinale, et attribuer à l'excitation directe qu'il produit sur cette membrane tous les effets secondaires que l'on observe après son administration. Ces effets doivent varier et varient en effet selon les individus et l'état des voies alimentaires, ce qui explique pourquoi il s'est montré utile dans certains cas, tandis qu'il a nui manifestement dans d'autres. C'est surtout dans le croup, la coqueluche, les catarrhes chroniques du poumon, et certains asthmes, qu'on l'a préconisé, en le présentant même comme un véritable spécifique pour guérir et prévenir la première de ces affections. Évidemment son utilité, en pareil cas, tient à la révulsion qu'il détermine, et les résultats de son administration sont assujettis à toutes les nuances, à toutes les modifications que ce mode de médication présente, suivant les circonstances au milieu desquelles on y a recours. Si l'on pouvait encore douter de la propriété irritante du sulfure de potasse, les résultats terribles de son ingestion à haute dose suffiraient pour dissiper toutes les incertitudes. Quelques gros de cette substance irritent, enflamment et perforent les tissus; mais à l'effet constant qu'il produit se joint encore l'influence délétère de l'acide hydrosulfurique, surtout lorsqu'on mêle une certaine quantité d'acide à l'eau qui le tient en dissolution, comme on est dans l'usage de faire lorsqu'on l'emploie à l'extérieur, en bains, douches ou lotions. Quant à la vertu antidotale que Navier avait attribuée au sulfure de potasse

dans l'empoisonnement par l'acide arsénieux, Renault et Orfila ont démontré qu'elle était nulle.

Chaussier a proposé, pour masquer l'odeur et la saveur repoussante de l'eau dans laquelle on a fait dissoudre le sulfure de potasse, de faire fondre ce composé, à la dose de deux gros, dans huit onces d'eau distillée de fenouil, et d'ajouter quinze onces de sucre au liquide, après l'avoir filtré. Planche et Boullay ont indiqué aussi un autre procédé pour préparer extemporanément ce sirop. Baget a conseillé d'associer le sulfure au beurre de cacao, à l'huile d'amandes douces et au sucre, préparation dans laquelle il se trouve très-probablement décomposé. Enfin, il entre dans le liniment savonneux de Jadelon, composé de six gros de sulfure, quatre onces de savon ordinaire, huit onces d'huile de pavot, et dix-huit grains d'huile essentielle de thym et d'anis.

Le sulfure de soude, qui entre en certaine quantité dans la composition des soudes du commerce, jouit de la même action et des mêmes propriétés que le précédent.

SULFUREUX, adj., *sulfurosus:* qui a l'odeur ou les qualités du soufre, qui contient du soufre.

L'*acide sulfureux*, un de ceux que le soufre forme en s'unissant avec l'oxigène, est un gaz permanent, incolore, et d'une odeur extrêmement suffocante. L'eau en absorbe trente fois son volume. Sa saveur est forte et désagréable. On l'obtient en traitant, à l'aide de la chaleur, le mercure par l'acide sulfurique concentré. Il jouit d'une action fortement excitante sur les tissus vivans, et produit des picotemens très-désagréables lorsqu'il est mis en contact avec une membrane muqueuse, l'éternuement, le larmoiement, la toux. Quand on le respire pur, il cause la mort avant le temps nécessaire pour déterminer l'asphyxie par défaut d'air. C'est lui qui constitue la partie active des fumigations sulfureuses. On l'a recommandé dans beaucoup de maladies, notamment dans les amauroses et les affections vénériennes. Il est aussi employé comme moyen désinfectant, mais seulement pour purifier les vêtemens ou les lieux inhabités; car lorsqu'on le dégage dans une salle habitée par des malades surtout, il provoque fortement la toux.

Les *eaux sulfureuses*, auxquelles ce nom ne convient pas, sont des eaux chargées d'acide hydrosulfurique.

SULFURIQUE, adj., *sulfuricus:* nom d'un des acides que le soufre produit en se combinant avec l'oxigène. C'est un liquide transparent, incolore, inodore, déliquescent, dont la pesanteur est double de celle de l'eau. Il est très-caustique, et les substances organiques avec lesquelles on le met en contact, sont promptement noircies par son action. Il se congèle à la

température de huit à dix degrés au dessous de zéro R. On le fabrique de toutes pièces en brûlant le soufre avec un peu de nitrate de potasse dans des chambres garnies intérieurement de lames de plomb. Etendu d'eau en assez grande quantité pour que le liquide offre seulement une agréable acidité, il est employé à titre de rafraîchissant et d'antiphlogistique. Cependant il paraît, comme tous les acidules, agir alors plutôt comme astringent, et quelquefois il développe, surtout à dose un peu plus forte, une légère irritation qui peut le rendre avantageux dans les phegmasies chroniques de l'organe respiratoire. On le mêle assez ordinairement avec trois parties d'alcool, ce qui constitue l'*eau de Rabel*. La causticité dont il jouit dans l'état de concentration permet de l'employer pour cautériser certaines surfaces.

SUMAC, s. m., *rhus;* genre de plantes de la pentandrie trigynie, L., et de la famille des térébinthacées, J., qui a pour caractères : calice à cinq divisions, cinq pétales, un petit drupe contenant un noyau monosperme.

Les habitans du midi de l'Europe emploient quelquefois, comme tonique et astringent, la décoction des feuilles ou des fruits du *sumac des corroyeurs*, *rhus coriaria*, qui croît dans leurs climats. Cette décoction a été prescrite dans la diarrhée, et pour fomenter les ulcères atoniques.

Le *fustet*, *rhus cotinus*, a été proposé pour remplacer le quinquina, par Zsoldos, dont les essais ne paraissent pas avoir été répétés.

Le *sumac vénéneux*, *rhus toxicodendron* et *radicans*, arbrisseau de l'Amérique du nord, laisse échapper, par les incisions faites à son écorce, un suc lactescent, âcre et caustique, qui, non-seulement empoisonne lorsqu'on l'introduit dans l'estomac, mais encore produit des rougeurs et des pustules par sa simple application à la peau. Il s'en échappe aussi des émanations qui peuvent produire des accidens de même nature. Cette vénénosité n'a pas empêché que l'on essayât d'introduire l'usage du *rhus radicans* en médecine. Dufresnoy assure l'avoir employé, avec le plus grand succès, pour la guérison des dartres et des paralysies, affections contre lesquelles d'autres aussi prétendent en avoir retiré des avantages marqués. Cependant on ne s'en sert presque plus aujourd'hui. L'extrait est la préparation qu'on a surtout recommandée. On le donne d'abord à la dose de quinze ou vingt grains, répétés trois ou quatre fois par jour, et l'on augmente progressivement jusqu'à ce qu'on soit arrivé à un ou deux gros pour chaque prise.

SUPERFÉTATION, s. f.; conception d'un enfant lorsqu'il en existe déjà un depuis quelque temps dans la matrice. Ce phénomène, attesté par un grand nombre d'observa-

tions authentiques, n'a pas lieu seulement dans le cas de matrice bilobée, comme le croyaient Hippocrate et Aristote, mais encore chez certaines femmes qui ont la matrice véritablement simple. Ce dernier fait a été constaté maintes fois, et l'on ne peut plus avoir de doutes à son égard, malgré les argumens dont Littre s'est servi pour en établir la prétendue impossibilité, et malgré l'opinion de Baudelocque, qui pensait que les naissances successives n'étaient que l'effet de la maladresse de l'accoucheur, ou de quelques circonstances particulières. En examinant avec soin plusieurs femmes qui ont fourni des exemples de ce phénomène, on a remarqué que les lochies ne tardèrent pas à s'arrêter après la sortie du premier enfant, qu'il ne parut ni lait aux seins, ni fièvre de lait, quoique les mamelles fussent développées, que les femmes éprouvèrent, peu de temps après leur délivrance, les mêmes inconvéniens que durant la grossesse, dont tous les symptômes continuèrent, enfin, qu'après le second accouchement, les lochies coulèrent abondamment, et la sécrétion lactée s'établit. Il reste encore d'intéressantes recherches à faire sur ce point obscur et peu connu.

SUPERPURGATION, s. f. *superpurgatio*; purgation excessive, caractérisée par dix, quinze, vingt selles, des douleurs dans l'abdomen, de la chaleur à l'anus, du ténesme, des déjections sanguinolentes, un abattement extrême, et même une scène qui approche de la syncope, de l'agonie. La suite ordinaire de la superpurgation est une entérite aiguë ou chronique, toujours une faiblesse extrême, mais passagère, et souvent la gastro-entérite chronique. Quelquefois la mort en est le résultat. Tout cela est bien connu; on n'ignore pas qu'un purgatif doux pour une personne devient quelquefois un poison pour un autre; on sait que les drastiques sont des poisons entre les mains des empiriques; on punit les empoisonneurs, et l'on encourage les empiriques par l'impunité. Molière n'avait pas deviné qu'un magistrat serait appelé à décider sur l'innocuité d'un superpurgatif, le jour même où il l'aurait dans les intestins. Le vrai médecin provoque très-rarement la superpurgation; le charlatan, médecin ou non, la provoque sans cesse; le public appelle le premier systématique, et son art est, dit-on, conjectural; le second est pour lui un guérisseur, un praticien. Lequel est le plus dupe, du médecin probe et pauvre, ou du public ignorant, qui livre sa vie aux empiriques et les enrichit?

SUPINATEUR, adj. et s. m., *supinator*; qui contribue à la supination, qui l'effectue.

Le *muscle grand* ou *long supinateur*, allongé et plus épais en haut qu'en bas, occupe le bord externe de l'avant bras,

Des fibres tendineuses très-courtes l'attachent à la partie inférieure du bord antérieur de l'humérus; passant ensuite sur la partie inférieure et externe du brachial interne, il gagne l'avant bras, au côté radial duquel il se range. Le tendon long et mince dans lequel il dégénère à une grande hauteur, s'attache à la face antérieure du bord interne du radius, peu au dessus de la face inférieure de cet os. Ce muscle, tournant le radius en arrière et en dedans, porte par conséquent la main dans la supination. Il contribue aussi à fléchir l'avant-bras.

Le *muscle petit* ou *court supinateur*, de forme triangulaire, naît de la partie supérieure de la face antérieure du cubitus, se porte en bas et en devant, se contourne sur la partie supérieure du radius, et s'attache à la partie antérieure de la capsule du cubitus, ainsi qu'à la partie supérieure des faces antérieure et interne du radius, jusqu'au bord postérieur de cet os. Il fait tourner le radius et la main sur leur axe, de dedans en dehors.

SUPINATION, s. f., *supinatio;* les anatomistes disent que la main est dans la supination, quand sa face palmaire regarde en haut, direction que lui impriment les deux muscles supinateurs. On appelle aussi coucher en supination, l'attitude des malades qui restent étendus sur le dos dans leur lit : c'est toujours un symptôme grave, et l'annonce d'une vive affection des viscères du bas-ventre.

SUPPURATIF, adj., *suppurativus;* qui a la propriété d'exciter ou de favoriser la sécrétion du pus. Toutes les substances légèrement excitantes possèdent cette propriété, lorsque la solution de continuité sur laquelle on les applique n'est pas le siége d'une inflammation trop vive, qu'elles ne feraient qu'aggraver encore davantage. Dans ce dernier cas, les émolliens sont le seul moyen sur lequel on puisse compter pour rétablir sûrement la suppuration supprimée. Il n'y a donc pas de médicamens suppuratifs proprement dits. Tous les agens de la matière médicale peuvent le devenir, pourvu que leur action stimulante soit appropriée au degré de susceptibilité ou d'excitation déjà existante dans la partie.

SUPPURATION, s. f., *suppuratio;* formation du pus.

Le même vague qui règne dans la signification du mot pus se rattache à celle du mot suppuration. Cependant on emploie assez généralement ce dernier pour désigner la formation du pus phlegmoneux, c'est-à-dire de celui qui succède à l'inflammation du tissu cellulaire: car la suppuration, sous quelque point de vue et dans quelque organe qu'on la considère, est toujours le résultat d'une phlegmasie. Ce point de doctrine médicale a donné lieu à une multitude de divagations et d'hy-

pothèses dont nous allons présenter en peu de mots le sommaire.

Les anciens ne voyaient qu'une sorte de coction dans la suppuration, et pendant une longue suite de siècles, on se contenta de cette théorie, qui semblait expliquer le phénomène d'une manière satisfaisante, quoiqu'en réalité elle ne présentât aucun sens à l'esprit. Boerhaave regardait le pus comme formé par la dissolution des solides organiques dans toutes les parties frappées d'inflammation, comme le résultat des liquides extravasés par la rupture des petits vaisseaux, et mêlés aux débris des solides avec lesquels ils éprouvent une sorte de coction. Suivant Verduc, c'est un mélange de chyle plus ou moins altéré avec du sang et des débris des vaisseaux rompus, opinion dont celle de Heister se rapproche beaucoup. Platner, qui croyait que le sang, stagnant hors des vaisseaux, se changeait en pus par l'action vitale, attribuait la suppuration à la congélation du sang sorti des artères, et au mélange qui se faisait avec lui des parties voisines liquéfiées. En un mot, presque tous les écrivains du siècle dernier, égarés par les doctrines mécaniques de Boerhaave, supposaient que la formation du pus était due à la décomposition des solides et à leur combinaison avec les fluides épanchés et altérés. Quesnay sortit un peu de cette route, mais sans beaucoup s'en écarter; car le pus lui paraissait formé, en dernière analyse, des débris des sucs albumineux, soit sanguins, soit lymphatiques, sucs qui, suivant lui, d'abord glaireux ou mucilagineux, se figent pour produire une couche blanchâtre et couenneuse sur le sang tiré de la veine, et prennent enfin le caractère purulent, avec un degré d'élaboration de plus. Grashuis, croyant trouver une grande analogie entre la graisse et le pus, conclut que la formation de ce dernier a lieu dans le tissu cellulaire, et que la graisse en est la matière première. Pringle le fit provenir d'un changement particulier du sérum du sang, causé par une espèce de coction ou de fermentation que subit la partie enflammée. Dehaen vint ensuite, qui admit que le pus, créé dans le sang, est déposé tout formé dans les abcès. Si, à toutes ces hypothèses, on joint encore celles sur la nature alcaline, acide ou putride du produit de la suppuration, on aura une idée assez complète de toutes les erreurs que les siècles ont accumulées, et dont les médecins se sont néanmoins contentés pendant si long-temps.

La suppuration est un acte vital, qui succède toujours à une inflammation, c'est-à-dire, à une irritation vasculaire locale, quoique celle-ci ne soit pas toujours apparente, et n'ait pas non plus constamment son siége dans la partie qui contient le pus. Il faut en outre, pour que le pus se forme, que

l'inflammation ait un degré de force intermédiaire entre l'état chronique et son plus grand degré possible de violence. Mais la formation du pus n'est pas toujours la suite nécessaire d'une phlegmasie, celle-ci pouvant avorter, soit d'elle-même, soit par les efforts de l'art, ou passer au mode chronique, ou enfin se terminer par la gangrène. Quant à ce qui se passe dans le travail même de la suppuration, nous l'ignorons entièrement. Il paraît seulement probable qu'un degré de phlegmasie transforme toutes les parties en de nouveaux organes sécrétoires, dont l'action donne naissance au pus. Cette hypothèse expliquerait assez bien les innombrables nuances que le pus présente en raison des surfaces qui le fournissent, et même du degré d'irritation de ces surfaces; elle rend d'ailleurs raison de l'influence qu'exercent sur la suppuration toutes les causes capables de porter un trouble quelconque dans l'économie animale, comme font si souvent, par exemple, les vives affections de l'âme, les indigestions, les applications de certaines substances, les vicissitudes atmosphériques; car jamais les causes qui changent les qualités du pus, n'agissent sur ce liquide lui-même, et elles n'altèrent ses qualités qu'en modifiant l'action organique dont il est le produit.

SURAL, adj., *suralis;* qui appartient au gras de la jambe. On donnait autrefois cette épithète, maintenant inusitée, aux vaisseaux sanguins et aux nerfs qui se distribuent dans les muscles du mollet.

SURCOSTAL, adj. et s. m., *surcostalis;* qui est situé sur les côtes.

Les *muscles sur-costaux* sont de petits et minces faisceaux charnus, aplatis et rayonnés, très-distincts des intercostaux internes aux externes, derrière lesquels on les observe. On en compte douze de chaque côté. Ils naissent du sommet des apophyses transverses des vertèbres du dos, et vont obliquement s'attacher au bord supérieur de la côte placée au dessous, quelquefois aussi à la suivante, par un appendice qui passe alors sur le ligament costo-transversaire postérieur. Comme ils contribuent à élever les côtes, on doit les ranger au nombre des muscles inspirateurs.

SURDENT, s. f.; terme dont les dentistes se servent pour désigner une dent qui n'est pas placée sur le même rang que les autres, et qui tient soit à la persistance d'une dent de la première dentition, soit au développement d'un germe surnuméraire. Il est rare qu'on observe des surdents ailleurs qu'aux incisives et aux canines. Cependant on a vu des individus en porter un si grand nombre que le bord alvéolaire de leurs mâchoires semblait être garni d'une double rangée de dents.

SURDITÉ, s. f., *surditas*, *cophosis*; privation plus ou moins complète du sens de l'ouïe, dont le premier degré est la *dureté d'oreille*, *la faiblesse de l'ouïe*, *obauditio*, *baryecoïa*, *difficultas auditûs*, *dysecoïa*. Il y a cette différence entre la cécité et la surdité que souvent on distingue aisément la cause de la première, tandis que très-rarement on parvient à reconnaître celle de la seconde. Ainsi, l'on voit une inflammation s'établir à la conjonctive, et l'on se hâte de la combattre pour prévenir la formation d'une taie qui pourrait en être le résultat. On fait tout pour l'empêcher de passer à l'état chronique, de peur qu'elle ne se propage aux parties internes. Lors même que le mal commence par ces parties, on le reconnaît parfois dès son principe. Enfin, ce n'est que dans un petit nombre de cas que la cause de la cécité demeure inconnue. C'est tout le contraire pour la surdité; la diminution progressive de la faculté d'entendre de loin, de distinguer des sons différens dans la conversation, dans un concert, l'impatience des bruits opposés annoncent seuls l'invasion du désordre dans une fonction si importante. Elle est très-fréquente chez les enfans en bas âge; elle est même trop souvent congéniale. Dans ce dernier cas, comment la prévenir? comment l'empêcher dans le premier? Chez l'adulte, il est rare que le sujet réclame les secours de la médecine avant qu'il ne soit tout à fait sourd ou peu s'en faut. Le diagnostic même de la surdité est parfois difficile; le plus ordinairement on a fait de cette altération de fonction une névrose, ne sachant la rapporter à sa véritable cause. Valsalva, Duverney ont laissé peu de choses sur la surdité; des observations sont éparses dans beaucoup d'auteurs. Itard est le seul qui ait publié une bonne monographie sur ce sujet; ce que nous allons en dire est extrait de son excellent ouvrage.

Lorsqu'un enfant arrive à l'âge de cinq ou six ans sans parler, ou du moins sans parler distinctement, il s'agit de décider d'abord s'il est sourd, ensuite s'il l'est complétement; enfin s'il l'est assez pour qu'on doive attribuer le défaut de langage à cette cause, ou s'il faut l'attribuer au défaut d'aptitude intellectuelle. Si l'enfant ne montre aucune attention, s'il est d'une turbulence excessive, s'il est transporté tantôt de joie, tantôt de colère, toujours sans motif; si ses caresses sont automatiques, sans expression, il est idiot, et telle est la cause incurable pour laquelle il ne parle pas ou il parle mal; s'il n'offre point les signes de l'idiotisme, on s'assure du degré d'audition dont il jouit; on l'accoutume à lever un doigt chaque fois qu'il entend le bruit résultant de la chute du battant sur le cercle gradué de l'acoumètre d'Itard. Quand l'ouïe

n'existe pas, les parens en sont bien instruits par leurs rapports journaliers avec l'enfant.

Chez les adultes ou les enfans qui jusque là ont entendu, la surdité s'établit ou sans aucune maladie antécédente, ou à la suite d'une maladie de l'oreille, ou après une maladie de l'encéphale, ou enfin à la suite d'une maladie d'un organe quelconque en rapport sympathique avec celui de l'ouïe : ses progrès varient à l'infini pour la rapidité; elle augmente toujours avec l'âge; il est excesssivement rare qu'elle diminue spontanément, si ce n'est passagèrement pendant l'écoulement des règles, quand l'esprit est calme, sous l'influence de la sobriété, par le repos, dans la saison chaude ou sèche, de telle sorte qu'elle est quelquefois intermittente; ainsi, elle n'a lieu chez certains sujets que pendant l'hiver, ou quand le flux hémorroïdal ou menstruel tarde à paraître, et, chez un petit nombre, quand on détruit la vermine de la tête.

La surdité est très-fréquemment l'effet d'une irritation cérébrale aiguë ou chronique. Beaucoup d'idiots sont sourds; parmi les sourds de naissance, beaucoup sont idiots. Elle se manifeste souvent chez les jeunes sujets affectés d'irritations lymphatiques ou muqueuses. Souvent elle accompagne les dartres, ou succède à l'érysipèle, à la rougeole, à la scarlatine, à la variole.

Elle est sans espoir de guérison quand elle dépend de l'encéphalite, quand elle succède à l'apoplexie, à un bruit excessif, à une contusion du crâne, quand elle se déclare sans autre affection primitive, lentement, vers le déclin de l'âge et sans interruption. En général, elle ne cesse point quand elle a duré quelques mois; elle s'aggrave dans les maladies aiguës; très-rarement elle cesse lors de la première menstruation. La guérison spontanée n'a guère lieu que dans le cas où la surdité dépendant de l'obstruction du conduit externe, un travail inflammatoire en occasione le déblaiement.

La surdité qui survient dans le cours d'une maladie aiguë, n'est pas toujours d'un mauvais augure. Au déclin de la maladie, elle fait espérer le rétablissement; mais on doit craindre qu'elle ne subsiste après le retour à la santé; néanmoins assez souvent elle se dissipe durant la convalescence ou peu après.

La surdité dépend soit d'une lésion appréciable de l'oreille externe, de la membrane du tympan, de l'oreille interne, du nerf acoustique, soit d'un état de pléthore générale ou locale, de l'affection primitive d'un autre organe, actuelle ou passée, soit enfin d'un vice congénial de l'oreille interne, et peut-être d'une maladie de cet organe ou du cerveau chez le fœtus.

Ainsi, lorsqu'on est consulté pour un cas de surdité, il faut s'enquérir de l'époque de son invasion, de son degré, examiner s'il y a écoulement puriforme, ulcération, carie de l'oreille,

des excroissances dans le conduit auditif; si ce conduit est oblitéré, s'il est très-élargi, sec et aride, si la membrane du tympan est épaissie ou perforée, si les osselets existent encore ou s'ils se sont disjoints et sont tombés hors de la cavité qui les récèle, si la trompe d'Eustache est obstruée, s'il y a engouement de l'oreille interne; si les cavités renferment du sang, si le nerf auditif est comprimé ou paralysé, enfin, si le sujet est dans un état de pléthore, si la surdité a eu lieu après la cessation brusque, la délitescence d'un exanthème, le dessèchement d'un ulcère, l'interruption d'un accès de goutte, la suppression subite de l'irritation psorique de la peau, de la teigne muqueuse; si le sujet a eu ou bien a encore des maux vénériens ou des dartres,

Parmi ces diverses affections dont la surdité n'est que le symptôme ou l'effet, il en est d'aisées à reconnaître, d'autres sont encore problématiques, et tout au plus probables. Plusieurs coexistent avec la surdité, ou l'ont procédée sans qu'il y ait rapport de causalité. Il faut d'ailleurs commencer par traiter ces affections par les moyens indiqués, lors même que la surdité n'a pas lieu; ensuite si le traitement n'a pas fait disparaître celle-ci, il faut insister sur les excitans de la peau, des membranes muqueuses, et sur tous les moyens qui peuvent détourner l'afflux du sang vers la tête.

Les plus belles cures qu'Itard ait obtenues sont celles qui ont été le résultat de la désobstruction de la trompe d'Eustache à l'aide de son cathéter, et de la perforation de la membrane du tympan. Il a quelquefois provoqué avec avantage l'inflammation du conduit auditif externe par l'application d'un irritant et même d'un caustique. Les drastiques lui ont réussi dans quelques cas. Toujours dans le traitement de la surdité, il agit avec vigueur, parce que les dérivatifs seuls ont quelque action, et aussi parce qu'en général les sourds sont moins faciles à émouvoir. En général, dit-il, on peut assurer que de toutes les maladies de nos sens celles de l'audition sont les plus rebelles. On conçoit que la surdité qui dépend de la pléthore seulement est assez facile à guérir, à moins qu'elle ne soit accompagnée d'une phlegmasie chronique de l'oreille interne, cause plus fréquente qu'on ne croit de la perte de l'ouïe, comme de celle de la vue. Quand la surdité dépend d'une phlogose chronique de la membrane de la caisse, de celle qui tapisse la trompe d'Eustache, il y a espoir assez fondé de parvenir à la guérir, dans beaucoup de cas. Itard a obtenu de grands succès en ce genre.

Cet excellent observateur ne pense pas que la perte de l'ouïe soit plus douloureuse à supporter que celle de la vue. Dans un cercle nombreux, celui qui n'y voit pas, mais qui entend

et qui parle, paraît moins à plaindre qu'un sourd; mais, dans la solitude, en présence de l'industrie ou de la nature, le plus malheureux est l'aveugle. Le sourd vit isolé; il est privé des avantages de la fréquentation du monde. Si la surdité lui vient dans l'enfance, il perd la parole; si la surdité survient plus tard, sa voix s'altère, il finit par parler très-bas et très-confusément. Quand la perte de l'ouïe est complète, il y a ordinairement diminution de la sensibilité d'autres organes, ainsi qu'il a été dit plus haut. La perte de ce sens n'est compensée par plus de finesse dans aucun autre; les sourds sont seulement plus observateurs, mais non plus clairvoyans.

A l'ouverture des cadavres, on trouve assez souvent l'organe de l'ouïe dans un état d'intégrité; d'autres fois on observe des concrétions dans le conduit auditif, la caisse, la trompe d'Eustache ou les cellules mastoïdiennes, les osselets détruits ou ankylosés, les cavités auditives rongées par la carie, les membranes qui les tapissent épaissies, fongueuses, carnifiées, ulcérées, perforées, en partie détruites; parfois on trouve des tumeurs placées près de l'orifice guttural de la trompe d'Eustache, des altérations de l'encéphale près l'origine du nerf acoustique ou sur son trajet. Itard met en première ligne, comme causes déterminantes de la surdité, les phlegmasies primitives, consécutives ou métastatiques des membranes qui revêtent les cavités de l'oreille.

La surdité de naissance, et, ce qui revient au même, celle qui s'établit dans le très-jeune âge, constituent la *surdi-mutité* ou la surdité avec mutisme, dans laquelle celui-ci est la conséquence nécessaire de celle-là. On n'a, pour l'ordinaire, que des renseignemens très-inexacts et très-incomplets sur les causes de la surdi-mutité. L'important est de décider si le nerf acoustique est paralysé, ou s'il est intact, mais empêché dans ses fonctions par un obstacle matériel, susceptible ou non d'être écarté. Deux fois, après la mort, Itard a rencontré la caisse remplie de concrétions d'apparence crayeuse; deux autrefois il a vu la membrane qui la tapisse couverte de végétations, la membrane du tympan et les osselets étaient détruits. Chez un cinquième sujet, il y avait une matière gélatineuse non-seulement dans la totalité de la caisse, mais encore dans toutes les sinuosités du labyrinthe. Chez un sixième, mort à la suite d'inflammation céphalique, le nerf acoustique était réduit à la mollesse du mucus. L'absence du conduit auditif externe est peut-être une cause de surdité congéniale. Fabrice d'Aquapendente l'a vue provenir de ce que la membrane du tympan était couverte d'un prolongement épais et coriace de la peau. Un polype peut produire la surdité congéniale; mais, dans le plus grand nombre de cas,

on ne découvre rien, ni avant ni après la mort, qui indique la cause prochaine de la surdité de naissance.

Les causes de la surdité congéniale ne diffèrent point de celles de la surdité qui survient chez les adultes, mais la première dépend le plus ordinairement d'une paralysie congéniale ou acquise, elle succède surtout aux convulsions de l'enfance.

Itard distingue cinq classes de sourds-muets :

Les premiers entendent la parole, quand elle est très-lente, très-élevée, très-directe et très-rapprochée, et distinguent les inflexions d'étonnement, de plaisir, de pitié, de douleur; leur voix les imite plus ou moins; ils forment à peine le quarantième du nombre total des sourds-muets, d'après un relevé fait pendant dix ans.

Les seconds n'entendent qu'imparfaitement la parole; ils perçoivent les sons voyelles, et ne peuvent distinguer beaucoup de consonnes, lors même qu'on parle très-haut; ils confondent les monosyllabes dans lesquels entrent les labiales faibles, avec ceux qui sont formés de labiales fortes; ils entrent pour un trentième, dans le nombre total, pendant vingt ans.

Ces deux classes sont fort susceptibles d'amélioration relativement à l'ouïe.

Les troisièmes entendent la voix et ne distinguent pas la parole : ils ne perçoivent absolument que les voyelles, quoiqu'ils s'aperçoivent qu'elles acquièrent une plus grande intensité lorsqu'on les prononce avec les consonnes. La voix est chez eux rude et sans modulation; ils forment la vingt-quatrième partie du nombre total.

Les quatrièmes, insensibles à la voix, à la parole, aux sons, n'entendent que les bruits violens, tels que le tonnerre, l'explosion des armes à feu, le choc d'une porte que l'on ferme avec force, le tintement d'une grosse cloche rapprochée ou du tam-tam. Ils forment les deux cinquièmes du nombre total.

Les cinquièmes enfin, et ce sont la moitié des sourds-muets, sont complétement sourds : ils ne perçoivent les fortes détonations que par l'ébranlement de l'air et celui du sol, qui se propagent à leur corps.

Personne, avant Itard, n'avait peint les résultats de la surdité congéniale, ou les particularités diverses qui caractérisent les sourds-muets. Isolé par son infirmité, le sourd de naissance ou dès le bas-âge n'est pas seulement muet, ses facultés intellectuelles restent dans un état de développement plus ou moins incomplet. Cette infériorité de l'intelligence et le mutisme sont aussi prononcés chez le sourd de la première classe

que chez celui de la cinquième. Pour les enfans des trois premières, entendre et surtout écouter sont un travail fatigant et un effort d'attention dont ils sont incapables, tandis que les enfans qui jouissent de toute la faculté auditive, s'y livrent avec la plus vive satisfaction et une intarissable curiosité. Les enfans à moitié sourds ne peuvent comprendre une phrase d'après un seul mot, comme le font les adultes en pareil cas. Ils écoutent de moins en moins; l'ouïe, au lieu de s'améliorer chez eux, se détériore de plus en plus, et, quoique peu sourds, ils restent muets. Les plus attentifs, ceux qu'on oblige à l'étude de la parole, disent quelques mots imparfaitement articulés, sans modulation, sans euphonie, mal assemblés, et n'exprimant que des idées incohérentes. Leurs phrases n'offrent que des adjectifs, des substantifs et quelques verbes indéterminés. Des enfans âgés de quatre ou cinq ans, et même des adolescens, tombent peu à peu dans cet état par la diminution de l'ouïe; les sons vocaux qu'ils prononcent perdent peu à peu leur douceur, leur modulation; chaque jour, dit Itard, efface le souvenir de quelque mot et de l'idée dont il était le signe; la peine d'écouter éteint le désir de parler, surtout de questionner, et bientôt cet enfant, borné à l'usage de quelques phrases tronquées, qui expriment imparfaitement les besoins et les jouissances du bas-âge, se trouve relegué dans la classe des demi-muets.

Croirait-on qu'Hippocrate, Aristote, Dulaurens, Paré, ont ignoré que le mutisme des sourds-muets provient de leur surdité? Le premier qui résolut ce problème, sans en chercher toutefois la solution, fut un bénédictin espagnol qui, par divers exercices, rendit la parole à des sourds-muets en leur faisant voir comment on forme des sons articulés.

Le sourd-muet, dit Itard, a au dehors toutes les manières et les usages de l'homme civilisé, et au dedans toute la barbarie et l'ignorance d'un sauvage; il est sans notion des lois, des liens de famille, d'intérêt social, de religion; en un mot, il est dépourvu de toute idée mère ou plutôt générale. Le sourd-muet instruit parle de tout cela, non d'après ses souvenirs, mais d'après ses lumières actuelles. Tout ce que Massieu a écrit des idées qu'il avait avant de recevoir l'instruction de l'Institution, n'est que la dictée de son imagination. Alors même que les sourds-muets, par suite de l'éducation, s'élèvent aux plus hautes conceptions, le monde social leur reste inconnu. Aussi sont-ils méfians et crédules, sans expérience, et dans un véritable état de demi-enfance, qui, selon Itard, doit être pris en considération par les législateurs. Leur isolement a l'avantage de les préserver d'une foule de préjugés, de vaines terreurs; la vue d'un cadavre ne leur inspire

aucune frayeur, quoi qu'ils soient très-attachés à la vie; mais, dans les périls positifs, ils sont fort craintifs. Leur croyance en Dieu et au pouvoir de la médecine est immense et inébranlable, mais leur religion influe bien plus sur quelques-unes de leurs déterminations que sur leur conduite habituelle, et certes, en cela nous pensons qu'ils ressemblent beaucoup aux autres hommes.

Il n'est pas, selon Itard, de créatures moins aimantes que l'est en général le sourd-muet sans instruction; et lors même qu'il a été développé par l'éducation, il est encore remarquable par la légèreté de ses affections. Les sourds-muets ne sont nullement reconnaissans; ils sont peu susceptibles d'amitié. L'amour pour eux se réduit aux plaisirs sexuels. Le sentiment de la compassion est très-faible chez eux. L'ambition, l'amour de la gloire et des honneurs effleurent à peine leur cœur; ils ont peu d'émulation. A l'abri des grandes peines de l'âme, on ne les voit point moroses et soucieux comme les sourds qui n'ont perdu l'ouïe qu'après avoir connu tous les besoins et les plaisirs sociaux. En société d'hommes parlans, ils sont distraits, inoccupés ou observateurs, jamais en peine de ce qu'on peut dire d'eux, ni affligés de leur infirmité. Entre eux, les sourds-muets ne sont pas moins gais que les autres hommes. Ils sont peu susceptibles d'une longue tristesse, et tout à fait exempts du vague sentiment de la mélancolie, si ce n'est quand, éprouvant le besoin et le désir de se marier, ils ne peuvent y parvenir, et n'y suppléent point par esprit de religion. Les sourdes-muettes supportent le célibat avec plus de résignation; elles se rapprochent des autres femmes plus que les sourds-muets des autres hommes. Une d'elles se suicida par suite d'un amour violent avec faiblesse, et ses tristes conséquences.

Itard reconnaît d'ailleurs qu'il est quelques exceptions à ces généralités, et qu'il a vu quelques sourds-muets élevés au dessus de leurs pareils; mais il en a connu d'autres bien au dessous de l'homme, dans un état de stupidité qui se confond avec le premier degré de l'idiotisme. Plus d'un quarantième des sourds-muets se compose d'idiots; il n'est pas rare de rencontrer quelque idiot dans la famille d'un sourd-muet. Une sœur de Massieu est idiote.

La conclusion générale des observations d'Itard, c'est que les sourds-muets sont inférieurs aux autres hommes sans être moins perfectibles. Massieu était jadis un phénomène au milieu de ses compagnons d'infortune : actuellement, il n'est plus qu'un élève très-distingué; un d'eux l'a égalé, plusieurs s'en sont rapprochés, et l'auraient peut-être surpassé s'ils n'eussent pas quitté l'Institution. Ce perfectionnement tient à

ce que la société mimique que forme l'Institution est plus avancée qu'elle ne l'était jadis.

Le traitement de la surdité congéniale ou du bas-âge ne diffère en rien de celui de la surdité accidentelle de l'âge adulte; elle est seulement toujours encore plus rebelle que celle-ci aux moyens qu'on emploie, parce que, lorsqu'on est parvenu à la reconnaître, elle est déjà ancienne, et parce qu'il est très-rarement possible de savoir à quelle cause organique on doit l'attribuer, faute de renseignemens suffisans, même de la part des parens. La surdi-mutité est incurable quand l'enfant est devenu sourd après avoir éprouvé des convulsions, des symptômes cérébraux, tels que le coma, après une contusion violente sur la tête; lorsqu'il a marché fort tard, et qu'il n'y a aucune cause apparente de surdité; enfin, quand il existe dans la famille quelque autre sourd-muet ou un idiot de naissance. Elle est susceptible de guérison si elle n'est pas complète, si elle est tantôt plus, tantôt moins intense, si la surdité est venue après la naissance, à la suite de quelque éruption, si les moyens de traitement déjà employés ont été de quelque utilité, ou si le mal s'est amélioré spontanément, si enfin on parvient à pénétrer la cause organique de la surdité, et qu'elle soit du nombre de celles qui ne sont pas incurables. Les cautères à la région mastoïdienne, l'usage d'une calotte de laine, recouverte d'une calotte de toile cirée, sur la tête, des injections irritantes poussées dans la trompe d'Eustache, de fréquens vomitifs, des amers et des ferrugineux, sont indiqués quand l'enfant entend mieux dans les temps chauds, quand il transpire, lorsqu'il est affecté de coryza, à la suite d'une diarrhée ou après un purgatif. On doit recourir principalement aux toniques, aux frictions sèches sur la tête, aux rubéfians derrière les oreilles et sur les tempes, et aux vaporisations d'éther dans le conduit auditif externe, si l'enfant, faible et délicat, entend d'autant mieux qu'il se porte mieux, si la surdité est moins intense après les repas et dans les temps secs. Itard, après avoir tracé ces préceptes, conseille de ne pas dédaigner les moyens empiriques, attendu l'ignorance où l'on est le plus souvent sur la nature de la cause organique du mal. C'est ainsi que, après avoir constaté les bons effets de l'eau de mer et de l'huile essentielle de rose dans la surdité, il fut conduit à employer une décoction de racine d'azaret, deux gros; roses de Provins, une pincée; raifort sauvage, un gros; perce-pierre, une pincée : le tout dans huit onces de vin blanc, jusqu'à réduction de moitié, à laquelle on ajoutait deux gros de sel marin. Sur un très-grand nombre de sourds-muets présumés n'avoir perdu l'ouïe qu'après la naissance, on en instillait une goutte cha-

que matin dans le conduit auditif, et l'on empêchait qu'elle ne sortît, au moyen d'un peu de coton. Une seule fois, ce remède réussit complétement entre les mains d'Itard, après avoir déterminé dans les oreilles une inflammation peu intense. L'inventeur du remède avait obtenu deux guérisons bien constatées. Dans ce cas, comme dans beaucoup d'autres, le moyen empirique détermina une révulsion sur une partie très-peu éloignée du siége du mal, et elle fut salutaire. Il résulte de là que le médecin n'est moins heureux que le charlatan que parce que celui-ci est plus hardi, parce qu'il ignore le danger des moyens qu'il emploie, ou les brave dans l'espoir de s'enrichir par quelques cures brillantes.

La cautérisation avec un bouton de feu, d'abord sur une région mastoïdienne, puis sur l'autre, employée treize fois par Itard, n'a réussi qu'une fois, et le sujet resta dans la classe des demi-sourds qui ne saisissent pas le mécanisme de la phrase.

Dans un cas où la surdité dépendait d'une phlegmasie chronique avec engouement de la caisse, Itard réussit à rétablir l'ouïe chez un sourd-muet de treize ans. Une grande quantité de cérumen engouait le conduit auditif externe; il y avait une légère ophthalmie chronique; la conjonctive était boursouflée, et les ailes du nez épaissies. L'élixir amer, le mercure doux répété, un vésicatoire, deux fois appliqué sur toute l'étendue du pavillon de l'oreille, puis un morceau de potasse caustique placé entre la branche de la mâchoire et l'apophyse mastoïdienne, rétablirent complétement l'ouïe. Un cautère permanent fut établi à la nuque, et dut n'être ôté que vers la douzième ou quinzième année.

Itard a rendu l'ouïe à un jeune sourd-muet, âgé de quinze ans, par la perforation de la membrane du tympan des deux côtés, et des injections portées dans la caisse à travers l'ouverture de cette membrane. La mort de ce jeune homme, affecté déjà d'une fièvre lente nerveuse, l'empêcha de jouir complétement du bienfait du sens qui lui était rendu ou plutôt donné. Itard a répété cette perforation sur treize enfans sourds-muets, dont un seul, qui n'était pas complétement sourd, jouit momentanément de l'avantage d'ouïr beaucoup mieux pendant quelques jours.

L'éducation des sourds est un bienfait de la civilisation moderne. L'Espagnol Pierre Ponce, s'en occupa le premier; après lui, Paul Bonet et Pereira, ses compatriotes, cultivèrent cet art en cachant leur méthode. Avant Pereira, J. C. Ammann, en Hollande, et Wallis, en Angleterre, s'étudièrent à exercer les organes de la parole chez les sourds-muets, et furent plus généreux que le moine espagnol, car ils rendirent public leur

procédé. En France, l'abbé de l'Épée inventa l'art d'instruire les sourds-muets, qui fut agrandi et développé par l'abbé Sicard, dont il faut lire, sur ce point, le Cours d'instruction d'un sourd-muet, et la théorie des signes.

Sous le nom d'éducation physiologique, Itard a créé l'art de cultiver, développer le sens de l'ouïe chez les sourds-muets des trois premières classes, lesquels n'en sont pas complétement privés, assez sourds pour être muets, mais point assez pour ne pas distinguer la voix humaine et même quelques-uns la parole; il a constaté la possibilité de les ramener dans la classe des êtres qui entendent et qui parlent. L'idée de ce traitement physiologique lui fut suggéré non par le hasard, comme il le dit trop modestement, mais par des observations pleines de sagacité. La première classe des sourds-muets n'a nul besoin de cette éducation; elle ne peut rien sur les deux dernières; mais on doit en espérer beaucoup pour la deuxième et la troisième qui se composent de sourds qui ne sont muets que parce que, chez eux, l'ouïe seulement faible n'a pas été suffisamment cultivée et développée par la méthode maternelle.

La méthode d'Itard se compose en partie de l'éducation du sourd-muet, et en partie de celle de l'enfant parlant. On enseigne d'abord au sujet les élémens du discours et la syntaxe à l'aide des signes; ensuite le maître instruit par les signes, et interroge par la parole, et ce n'est qu'au bout d'un certain temps que le langage des signes devra être abandonné. Pour la culture du sens de l'ouïe, on excite la sensibilité de l'organe de ce sens par le son des instrumens sonores les plus analogues à la voix humaine, tels que la flûte; ensuite on fait entendre les sons vocaux, d'abord dans leur état de simplicité, hauts et directs, puis combinés avec des consonnes et sur des tons moins élevés : pour être sûr qu'ils sont nettement perçus, on exige qu'ils soient répétés par l'élève. A ces exercices, on associe ceux qui ont pour objet de mettre en jeu les organes de la parole; alors le sens auditif devient le précepteur de l'organe vocal, les sons nettement entendus sont toujours nettement répétés. L'organe auditif éprouve successivement des améliorations graduées, mais diverses; tantôt le sens n'acquiert que plus de netteté dans la perception, tantôt il gagne en étendue; ainsi, la surdité peut diminuer d'un ou deux degrés. L'intelligence vient accroître le résultat de cette éducation en permettant à l'élève de deviner, d'après le son qu'il entend, celui qui lui échappe. On peut espérer de parvenir par ce moyen à placer le sourd de naissance, précisément dans la position de celui qui est devenu sourd par accident. Ce mode d'instruction est plus long que l'enseignement par signes seulement; il fallait trois personnes

au moins pour donner la parole à douze sourds-muets en développant l'ouïe chez eux. Les tentatives d'Itard, sur six sujets qui ont été présentés par lui à la Faculté de médecine de Paris, autorisaient à concevoir les espérances les plus encourageantes. Il ne paraît pas qu'on ait cherché à réaliser la grande pensée de ce philantrope. Une mère, un père, un maître zélé doivent recourir à sa méthode toutes les fois que l'occasion s'en présente. C'est, selon nous, la plus importante application de la méthode de l'abbé de l'Épée, plus la découverte des véritables principes de l'éducation directe des sens. Pourquoi, un jour, n'étendrait-on pas cette méthode au traitement de la myopie, et de beaucoup d'autres lésions des sens, avec les modifications relatives à ce sens?

SUREAU, s. m., *sambucus:* genre de plantes de la pentandrie trigynie, L., et de la famille des caprifoliacées, J., qui a pour caractères: calice à cinq divisions, corolle en roue et à cinq lobes, trois stigmates sessiles, baie trisperme.

Le *sureau commun*, *sambucus nigra*, arbre très-commun dans nos climats, et connu de tout le monde, exhale une odeur forte et désagréable de toutes ses parties, qui, dans l'état frais, jouissent de la propriété émétique et purgative à un degré assez prononcé. Mais cette propriété est surtout marquée dans le liber, dont la saveur, d'abord douceâtre, ne tarde pas à devenir âcre, amère et nauséabonde; ce qui l'a fait recommander dans les hydropisies, contre lesquelles Sydenham en faisait un grand cas. Elle s'administre ordinairement en décoction, à la dose de deux gros à une once par pinte d'eau ou de lait. Les fleurs, également purgatives dans l'état frais, ne sont plus qu'excitantes après avoir été desséchées. On les considère alors comme un des sudorifiques les plus efficaces, quoiqu'elles soient fort éloignées de provoquer toujours la sueur; et on les prescrit en infusion, à la dose de deux ou trois pincées par pinte de liquide. Le rob préparé avec les baies, est purgatif à haute dose; pris en quantité moins considérable, il n'agit plus que comme excitant des voies gastriques. On l'a rangé également parmi les sudorifiques, et c'est surtout contre le rhumatisme qu'il a été préconisé.

SUREXCITABILITÉ, s. f., *superexcitabilitas.* Quand les organes les plus sensibles, pourvus de beaucoup de nerfs, sont soumis à des excitations vives et répétées, souvent, alors même qu'elles ne soit pas assez fortes pour déterminer un état caractérisé de maladie, il en résulte pour eux une plus grande aptitude à s'irriter sous l'empire d'un excitant énergique ou permanent. Quand il existe dans l'organisme un point d'irritation intense, lors même qu'il est latent, tous les autres, et surtout ceux qui sympathisent davantage avec

lui, ressentent vivement la moindre excitation tant soit peu vive, tant soit peu durable. Dans ces deux cas, il y a surexcitabilité, excès d'aptitude à entrer en action sous l'influence des agens extérieurs ou des organes les uns sur les autres. C'est l'état qui a été désigné sous les noms de *mobilité nerveuse*, *susceptibilité*, *éréthisme du système nerveux*, *diathèse inflammatoire*, quand elle était portée fort loin. Elle n'est jamais générale : tantôt elle domine dans les parties les plus sanguines, tantôt dans les plus nerveuses. Quand elle s'étend à plusieurs organes, toujours ils en sont inégalement affectés. Il faut lui attribuer beaucoup des effets que l'on prétend être causés par la pléthore. Quand on l'observe, il faut prescrire les émissions sanguines modérées, le régime, les bains, les boissons adoucissantes, afin de prévenir ou de retarder l'invasion des inflammations qui n'en sont que trop souvent la suite.

SUREXCITATION, s. f., *superexcitatio*, *irritatio*, *hypersthenia* : action des modificateurs qui excitent l'action nutritive ou fonctionnelle des organes au delà du degré suffisant pour le maintien de la vie; modification de la structure et de l'action des organes soumis à leur influence. *Voyez* IRRITATION.

SURRENAL, adj., *supra-renalis* : qui est placé au dessus des reins.

Les *capsules surrénales* ou *atrabilaires* sont deux petits corps aplatis et triangulaires, qui reposent immédiatement sur les reins, auxquels les unit un tissu cellulaire très-mince, et dont ils occupent l'extrémité supérieure, ainsi que le sommet du bord antérieur. Plus longues que larges, ces capsules n'ont guère qu'une ligne d'épaisseur. Leur face externe offre des sillons par lesquels entrent et sortent des vaisseaux sanguins. Leur consistance est assez ferme; leur couleur d'un brun jaunâtre à l'extérieur, d'un rouge brun foncé en dedans. On y distingue deux substances différentes, l'une extérieure, jaunâtre, l'autre interne, brunâtre et plus molle. La première est formée de fibres perpendiculaires, dirigées de dehors en dedans; on parvient plus ou moins facilement à la partager en lobes arrondis, divisibles eux-mêmes en lobules, et que contient une membrane très-adhérente. Meckel pense que la cavité, admise dans leur intérieur par beaucoup d'anatomistes, n'existe pas, qu'elle ne se forme qu'après la mort. Elles n'ont pas non plus de conduits sécréteurs. On ne sait rien touchant leurs fonctions. C'est seulement sous forme de conjecture qu'on a dit qu'elles contribuaient peut-être, d'une manière indirecte, au perfectionnement de l'hématose, hypothèse qui repose sur leur grand développement dans le fœtus, leur libre communication avec le système veineux, et leur voisinage de la

veine cave. Elles se rident et disparaissent même quelquefois tout à fait dans la vieillesse.

SURVIE, s. f.; survivance d'une personne à une autre dans un accident commun, d'après l'échelle de circonstances et de l'activité vitale.

Toutes les fois que la loi prononce, la médecine doit respecter ses décisions, et s'abstenir de commentaires inutiles, surtout lorsqu'ils ne pourraient tout au plus que faire ressortir son insuffisance pour la solution du problème. C'est ce qui a lieu au sujet de la question de survie, qui est décidée d'une manière positive par le Code civil, dans les termes suivans : si ceux qui ont péri ensemble avaient moins de quinze ans, le plus âgé sera présumé avoir survécu; s'ils étaient très au dessus de soixante ans, le moins âgé sera présumé avoir survécu; si les uns avaient moins de quinze ans, et les autres plus de soixante, les premiers seront présumés avoir survécu; si ceux qui ont péri ensemble avaient quinze ans accomplis, et moins de soixante, le mâle est toujours présumé avoir survécu lorsqu'il y a égalité d'âge, ou si la différence qui existe n'excède pas une année; s'ils étaient du même sexe, la présomption de survie doit être admise; ainsi, le plus jeune est présumé avoir survécu au plus âgé.

La loi n'a donc pas prévu, suivant la remarque de Chabot, le cas où l'une des personnes mises au tombeau par le même événement, avait moins de quinze ans, et l'autre plus de quinze, mais moins de soixante; or, cette dernière doit être présumée avoir survécu, parce qu'elle avait plus de force, qu'aux termes de la loi la présomption de survie doit être déterminée par la force de l'âge, et que c'est ce motif qui a fait admettre les distinctions rapportées précédemment.

De quelle utilité est-il que le médecin s'égare, sur les pas de Fodéré, dans un dédale d'hypothèses et de conjectures, à l'occasion d'un problème sur lequel la précision de la loi ne met jamais le juge dans la nécessité de s'adresser à lui? Ne vaut-il pas mieux, comme l'ont fait Belloc et Mahon, garder le silence, que de prétendre mal à propos éclairer le magistrat par des conjectures vagues qu'il ne sollicite pas, et auxquelles il ne voudra ni ne pourra avoir égard ?

SUS-ACROMIEN, adj., *supra-acromialis*: qui est situé au dessus de l'acromion.

Le plexus cervical fournit des filets appelés *nerfs sus-acromiens*, qui se dirigent le long du bord supérieur du muscle trapèze, auquel ils envoient quelques ramuscules, et gagnent la partie supérieure de l'acromion, où ils se subdivisent à mesure qu'ils s'avancent sur le deltoïde, dont ils recouvrent le côté externe.

SUS-CLAVICULAIRE, adj., *supra-clavicularis* : qui est situé au dessus de la clavicule.

Les *nerfs sus-claviculaires*, émanés du plexus cervical, comme les précédens, descendent sous le muscle peaucier, le long de la partie latérale du cou, et se partagent en une multitude de filets dont les uns vont se jeter dans les tégumens de la poitrine et les mamelles, tandis que les autres se ramifient dans la peau du moignon de l'épaule et de la partie externe et supérieure du bras.

SUS-ÉPINEUX, s. m. et adj., *supra-spinatus ;* qui est situé au dessus de l'épine.

La *fosse sus-épineuse*, de forme triangulaire, occupe la partie de l'omoplate située au dessus de l'épine de cet os.

Le *muscle sus-épineux*, qui remplit cette cavité, est triangulaire, dirigé d'arrière en avant, de dedans en dehors et de bas en haut. Il naît de toute la fosse sus-épineuse, de la partie du bord postérieur de l'omoplate située au dessus de l'épine, de la partie postérieure du bord supérieur de cette épine, et de la face supérieure. A mesure qu'il se rapproche de l'acromion, il diminue d'épaisseur ; arrivé à cette apophyse, il se convertit, immédiatement au dessous des grands ligamens propres de l'omoplate, en un court et fort tendon qui passe sur le ligament capsulaire de l'articulation, et va s'attacher à la partie supérieure et interne de la tubérosité externe de l'humérus. Il tourne le bras en dehors, et l'élève.

SUS-ORBITAIRE, adj., *supra-orbitaris ;* qui est placé au dessus de l'orbite. On donne cette épithète à un trou situé vers le tiers interne du rebord orbitaire de l'os frontal, ainsi qu'à l'artère et au nerf qui le traversent.

SUSPENSOIRE, s. m. et adj. Les anatomistes emploient quelquefois ce mot comme synonyme de *suspenseur* ; c'est ainsi qu'ils disent *ligament suspensoire du foie*, *de la verge*.

On appelle *suspensoire* une espèce de poche en toile, en tricot, en peau ou en futaine, qui sert à soutenir le scrotum, et qui doit être proportionnée au volume de cette bourse. La pièce de toile avec laquelle on fait ce bandage, doit avoir six ou huit pouces en carré, et être pliée en deux parties égales. On la coupe d'un côté depuis le milieu jusqu'à la réunion de cette extrémité, en décrivant une ligne courbe, et l'on coud l'endroit coupé, ce qui produit une sorte de poche. On pratique, à la partie supérieure de cette dernière, un trou destiné au passage de la verge ; ensuite, on coud un bout de bande à chacun des quatre angles. Les deux supérieurs s'attachent autour du corps en manière de ceinture, et les autres, après avoir croisé chaque cuisse, passent au dessous de la fesse pour aller se

fixer aux côtés de la ceinture, l'un à droite, l'autre à gauche.

SUSPIRIEUX, adj., *luctuosus*, se dit de la respiration qui fait entendre un bruit analogue à celui d'un soupir, signe de la méningite aiguë selon quelques observateurs.

SUS-SCAPULAIRE, adj., *supra-scapularis* : qui est situé au dessus de l'omoplate.

Le nerf de ce nom, qui provient du plexus brachial, se porte vers la base de l'apophyse coracoïde, passe sous le ligament qui complète l'échancrure située en cet endroit, traverse obliquement l'extrémité de la fosse sus-épineuse, et descend par l'échancrure placée sous la base de l'acromion dans la fosse sous-épineuse, où il se partage en filets destinés aux muscles sous-épineux et petit rond.

SUTURE, s. f., *sutura*; opération qui a pour objet de rapprocher à l'aide d'une sorte de couture, et de maintenir en contact les bords sanglans des plaies récentes, jusqu'à ce que le travail organique en ait achevé la réunion. On distinguait autrefois la suture en suture sèche et suture sanglante. La première consistait dans l'application des emplâtres agglutinatifs, et l'autre dans l'emploi des fils et des aiguilles. Cette dernière est la seule qui ait conservé et qui mérite effectivement le nom de suture. On se souvient à peine que cette opération a été divisée en *unitive*, *rénitive* et *suppressive*, tant ces classifications scolastiques sont déjà loin de nous.

Les procédés suivant lesquels on exécute la suture sont très-nombreux; plusieurs ont été décrits dans d'autres articles de cet ouvrage; tels sont : 1° la suture enchevillée dont il est question au mot GASTRORAPHIE; 2° la suture de Pelletier; 3° la suture à points passés; et 4° la suture à anses, que l'on ne pratique jamais qu'à l'occasion des plaies de l'ESTOMAC ou des INTESTINS; 5° enfin, la suture entortillée dont l'application est presque exclusivement bornée aux cas de BEC-DE-LIÈVRE ou de plaies de parties molles et isolées, comme la lèvre, les joues, la paupière, et d'autres parties analogues. Il ne nous reste donc plus, pour achever la description des opérations qui portent le nom de suture, qu'à traiter ici de la suture entrecoupée, la seule qui convienne à toutes les parties du corps, et dont les anciens recommandaient l'usage dans le plus grand nombre de plaies.

Les instrumens nécessaires pour exécuter la suture entrecoupée sont des aiguilles et des fils cirés. Ceux-ci doivent être aplatis, formés de plusieurs brins de fil accolés ensemble et formant, au moyen de la cire, un cordonnet d'autant plus large que les parties à réunir sont plus épaisses et ont une tendance plus grande à s'écarter les unes des autres. Les aiguilles sont

aplaties, demi-circulaires, terminées d'un côté par une pointe acérée, tranchante sur les bords et assez large pour que le reste de l'instrument et le fil qu'il entraîne puissent passer sans difficulté dans la plaie qu'elle a faite. L'extrémité opposée à la pointe présente un châs transversal, aussi large que le comporte la force de l'aiguille et dont le bord sur lequel doit se replier le fil est aminci, afin que son épaisseur ne soit pas augmentée par la ligature et que celle-ci n'y forme point un bourrelet susceptible d'arrêter la marche de l'instrument et de contondre les tissus. Les aiguilles dont il s'agit sont dues aux méditations de Boyer et de Larrey. On les a généralement substituées aux anciennes, sur lesquelles elles ont l'avantage immense de présenter une courbure régulière, qui permet à tout l'instrument de passer sans obstacle dans la plaie faite par sa pointe, en même temps que sa largeur est calculée de manière à former une plaie dans laquelle la ligature puisse facilement s'engager. On fait usage d'aiguilles d'autant plus grandes et plus fortes, qu'elles doivent traverser des parties plus denses et pénétrer de plus grandes profondeurs.

Afin d'exécuter l'opération de la suture entrecoupée, le chirurgien ayant armé d'un fil ciré le châs de l'aiguille, saisit celle-ci avec la main droite, dont le pouce doit correspondre à la face concave, et les deux doigts qui suivent à la surface convexe de l'instrument, vers le milieu de sa longueur. La pointe de l'aiguille est alors présentée aux parties, dans une direction perpendiculaire au plan qu'elles constituent. Elle doit être enfoncée jusqu'à ce que le chirurgien pense qu'elle approche du fond de la plaie; alors il incline le châs en bas, et continuant de pousser l'instrument auquel il imprime un mouvement de bascule, il le fait ressortir sur le bord opposé de la plaie, vis-à-vis du lieu de son entrée, et à une distance égale de la surface saignante. Le pouce et le doigt indicateur de la main gauche, placés sur les côtés du point à travers lequel va sortir l'aiguille, y soutiennent la peau, favorisent sa division et s'opposent au tiraillement que l'instrument ne manquerait pas de lui faire éprouver. L'aiguille doit décrire dans les parties un trajet demi-circulaire dont le milieu corresponde au fond de la division; elle marche d'abord de dehors en dedans pour traverser le bord de la plaie dans lequel on l'enfonce, et remonte ensuite de dedans en dehors à travers le bord opposé. Il est évident qu'avant d'opérer, les parties doivent être affrontées et maintenues par un aide, dans la situation que l'on se propose de leur donner en pratiquant la suture. La première ligature étant placée, une seconde aiguille sert à en introduire un autre, et si la plaie est fort étendue ou très-anguleuse, une troisième peut devenir nécessaire. Un in-

tervalle de douze à dix-huit lignes doit séparer les points de suture les uns des autres, et des angles de la plaie. Il ne faut, en général, recourir à cette opération qu'autant que la solution de continuité exige l'emploi de deux ligatures au moins. Lorsqu'il existe des lambeaux à demi détachés, il convient presque toujours de placer un point de suture à leur sommet, afin de les maintenir plus exactement appliqués. La même règle convient à toutes les parties saillantes des plaies irrégulières, dont la réunion exacte est toujours difficile à obtenir. Enfin, les aiguilles doivent pénétrer et sortir d'autant plus loin des bords de la division, que celle-ci est plus profonde et que de plus grands efforts ont besoin d'être exécutés pour les maintenir en contact.

Tous les fils nécessaires à la réunion étant placés, les lèvres opposées de la plaie doivent être rapprochées avec exactitude; puis on noue les extrémités de chaque ligature par un nœud simple, surmonté d'une rosette. La suture doit être maintenue fort lâche, afin de permettre aux tissus de se tuméfier sans obstacle, et d'éviter qu'ils ne se coupent sous l'action des fils qui les étreignent. Il convient également de placer les nœuds sur le bord de la plaie le moins déclive, afin d'éviter que le pus ne les imbibe et ne rende leur relâchement impossible, si l'état des parties obligeait d'y recourir. Un plumasseau léger enduit de cérat, quelques compresses et un bandage approprié constituent le reste de l'appareil.

Lorsque, du sixème au dixième jour, la réunion des parties divisées a eu lieu, et que la cicatrice paraît assez forte pour se passer du secours des fils, le chirurgien doit procéder à l'extraction de ces corps étrangers, qui entretiendraient dès lors sans utilité une irritation plus ou moins vive dans les tissus qu'ils traversent. Il faut, pour cela, couper chaque fil près de la partie la plus déclive de la plaie, saisir ensuite le nœud de la ligature, et retirer celle-ci avec précaution, en l'inclinant vers la solution de continuité. Les doigts de la main gauche, placés sur les parties malades, les soutiennent, empêchent les fils de tirailler ces parties, et s'opposent à l'écartement, dont la destruction des moyens de synthèse pourrait être suivie. Des emplâtres agglutinatifs doivent constamment remplacer alors les fils cirés, et maintenir la réunion jusqu'à ce que la cicatrice, déjà commencée, ait acquis toute la perfection désirable.

La suture fut employée à la réunion de presque toutes les plaies faites par des instrumens tranchans, jusqu'à la fin du siècle dernier, où Pibrac et Louis démontrèrent si bien ses inconvéniens, que l'académie de chirurgie crut devoir user de toute son autorité pour en proscrire l'usage. Cette opération est en

effet constamment accompagnée d'une douleur très-vive; les ouvertures faites par les aiguilles, et dans lesquelles les fils cirés demeurent engagés, s'enflamment, suppurent, s'agrandissent, et souvent se confondent avec la division principale. Dans tous les cas, il en résulte une augmentation considérable de l'irritation locale; et quelles que soient les précautions employées, les tissus traversés par les ligatures se tuméfient chez beaucoup de sujets, au point que celles-ci deviennent trop étroites, gênent leur développement, et les coupent avec d'autant plus de facilité, que la phlogose les a rendus éminemment friables. On a observé ces résultats défavorables sur toutes les régions du corps, et alors même que la peau, les lames celluleuses sous-cutanées et des parties moins contractiles étaient seules comprises dans les anses des fils; mais ils sont plus graves, et se manifestent plus souvent encore lorsque la suture atteint des muscles épais et forts. Dans ces occasions, les fibres charnues sont violemment irritées, leurs contractions deviennent permanentes, la plaie est le siége de douleurs intolérables, et les parties, tiraillant les fils cirés, se coupent bientôt sur eux de manière à faire complétement échouer l'opération, en même temps que la plaie est devenue plus étendue, plus compliquée, et qu'un temps précieux pour la guérison a été perdu.

On prévient jusqu'à un certain point ces accidens, ou du moins on les rend moins formidables, en ajoutant à la suture une situation convenable des parties blessées, l'application d'un bandage unissant méthodiquement placé; enfin, en surveillant l'action des fils cirés, de manière à les relâcher aussitôt que la tuméfaction des tissus qu'ils embrassent en impose l'obligation. Des fomentations émollientes, et même des saignées locales répétées, seraient certainement, dans ces occasions, d'une grande utilité. Avec toutes ces précautions, on peut sans doute rendre la suture supportable, et même assurer le succès de son emploi; mais il est à remarquer que les moyens auxiliaires dont on fait usage pour aider à son action, tels que les emplâtres, la situation et le bandage, suffisent dans presque tous les cas, sans elle, pour maintenir en contact les bords des plaies les plus étendues et les plus profondes. On obtient avec ces seuls agens des guérisons plus sûres, plus faciles, plus promptes, et achetées par moins de douleurs que quand la suture est pratiquée. En chirurgie, les procédés les plus doux, ceux qui éludent et font cesser les obstacles au lieu de les combattre de vive force, doivent être préférés à tous les autres. La suture, considérée comme un des moyens d'obtenir la réunion des plaies ordinaires, compte à peine aujourd'hui quelques partisans. Elle est presque entièrement

bannie du domaine de l'art, et, excepté les plaies pénétrantes étendues de l'abdomen, les divisions des intestins, les déchirures de la fourchette et de la cloison vagino-rectale, quelques solutions de continuité du visage et du crâne, le bec de lièvre et la bifurcation du voile du palais, il est très-rare que l'on y ait encore recours. Les cas de ce genre se réduisent presque tous à des divisions dans lesquelles des lambeaux étendus et minces ne pourraient que difficilement être réappliqués contre les parties sous-jacentes, si un point d'aiguille n'y fixait leur sommet d'une manière convenable et solide. Alors il faut épargner autant que possible les sutures, et, après en avoir placé aux parties les plus anguleuses de la plaie, les bords de celle-ci doivent être réunis au moyen des emplâtres agglutinatifs, de la situation et du bandage. *Voyez* PLAIE.

SUTURE, s. f., *sutura;* sorte d'articulation immobile qui consiste en ce que les deux os s'assemblent au moyen de dentelures et d'enfoncemens qui se reçoivent mutuellement. La plupart des os du crâne en fournissent des exemples.

SYMÉTRIE, s. f., *symmetria;* proportion, c'est-à-dire rapport de nombre, de figure et de grandeur entre les parties d'un corps.

Il existe, entre les divers organes, et surtout entre les diverses régions du corps humain, une analogie poussée quelquefois jusqu'au point de devenir une similitude presque parfaite. On a cherché des traces de cette symétrie, en comparant ensemble les côtés droit et gauche, les faces antérieure et postérieure, enfin les deux moitiés supérieure et inférieure du corps, et l'on en a trouvé partout de plus ou moins sensibles. Seulement on peut établir en thèse générale, non-seulement que l'analogie n'est jamais parfaite, et qu'ordinairement une extrémité l'emporte plus ou moins sur l'autre, mais encore que la symétrie n'est jamais également prononcée, ni dans tous les sens, ni entre les diverses régions correspondantes.

La symétrie d'un côté à l'autre est la plus parfaite de toutes. Elle s'exprime surtout d'une manière évidente à la surface du corps et dans sa forme extérieure ou sa configuration. En effet, le corps semble résulter de l'assemblage de deux moitiés latérales, la plupart des organes étant doubles, et ceux qui sont simples se trouvant placés sur la ligne médiane. Lorsque ces derniers sont placés entre deux cavités, on les nomme des cloisons, tandis qu'on les appelle des commissures quand ils sont situés entre deux parties qui se correspondent, et qu'ils lient l'une avec l'autre. On peut même dire qu'il règne, tout le long du corps, une commissure plus ou moins prononcée, quoique souvent interrompue, et que l'on désigne sous le nom de ligne médiane. Ainsi, comme l'a fort bien dit Meckel, on

voit descendre d'avant en arrière, de la partie moyenne du crâne, la faux cérébrale, à laquelle correspondent les crêtes internes des os frontal et occipital. Au dessous de ce repli, on aperçoit le corps calleux, qui unit les deux hémisphères du cerveau : plus bás, la cloison transparente, formée de deux lames adossées l'une contre l'autre. Les fosses nasales sont partagées en deux moitiés, une de chaque côté, par une cloison osseuse en haut et en arrière, cartilagineuse en devant, qui est formée par le vomer et par une partie de l'ethmoïde. Les freins des lèvres et la luette sont des indices de la cloison dans la bouche, comme l'adossement des deux plèvres, d'où résultent les deux médiastins, en est un dans la poitrine. Une cloison longitudinale règne également entre les deux moitiés du cœur. Mais cette cloison n'est qu'indiquée dans l'abdomen, où l'on en trouve néanmoins quelques traces dans le ligament suspenseur du foie, dans le repli du péritoine étendu de la vessie à l'ombilic, et dans le mésentère. Une cloison perpendiculaire coupe la verge et le clitoris en deux segmens, et cette cloison est même marquée au dehors, chez l'homme, par le raphé du scrotum.

La plupart des parties impaires sont situées sur la ligne médiane, qui les coupe en deux, ou du moins formées de deux segmens à peu près égaux en dimension. Ce qu'il y a en outre de bien remarquable, c'est que les vaisseaux des deux côtés s'anastomosent fréquemment ensemble. Les artères coronaires des lèvres, les sinus de la moelle épinière, les artères vertébrales, les cérébrales, les spinales, offrent des exemples de cette disposition.

La symétrie de haut en bas est beaucoup moins prononcée que la précédente. Cependant il en existe des traces trop sensibles pour qu'on puisse la méconnaître. Ainsi les membres pelviens et thoraciques se ressemblent sous le point de vue du nombre des subdivisions qu'ils renferment, de la forme et du nombre des parties qui concourent à les former, et les légères différences qu'ils présentent, dépendent, pour la plupart, de la diversité des fonctions auxquelles ils sont destinés. Mais on a, dans ces derniers temps, cherché des traces beaucoup moins évidentes de symétrie entre les deux moitiés supérieure et inférieure du tronc, y compris la tête. Quelque forcées qu'elles puissent souvent sembler au premier aspect, il est bon néanmoins de les connaître d'après Meckel. La base du tronc, ou la colonne vertébrale, ne porte des os particuliers et distincts, ceux qu'on appelle côtes, qu'à sa partie moyenne, au dessus et au dessous de laquelle elle en est dépourvue. La tête et le sacrum qui la terminent en haut et en bas, ont cela de commun qu'ils résultent tous deux d'une agrégation de vertèbres

plus volumineuses que les autres, qui se soudent plus tard, qui ne se réunissent même quelquefois pas du tout sur la ligne médiane, qui se composent chacune d'un nombre plus considérable de pièces, et qui, enfin, s'articulent avec des os mobiles, la mâchoire inférieure et le coccyx, qui ne sont eux-mêmes que des vertèbres imparfaites, représentant, la première, l'arc, et la seconde le corps d'un de ces os. Ces deux moitiés se correspondent encore en ce qu'il se fait un développement plus considérable de poils à l'extrémité de chacune, au menton et au pubis, poils qui prennent ou ne prennent pas d'accroissement sous l'influence des mêmes circonstances. Il y a également, entre les deux bouts du canal alimentaire et les organes qui y sont annexés, une analogie indiquée par la dilatation qu'on y remarque et par les muscles très-forts qui garnissent leurs parois. On a même été jusqu'à comparer l'appareil respiratoire à l'appareil urinaire, et la réunion de la thyroïde, du thymus et de la langue, aux parties génitales. On a regardé le thymus comme correspondant aux ovaires et aux testicules, la thyroïde comme l'analogue de la prostate, des vésicules séminales et de la matrice, la langue comme le représentant du gland et du clitoris, le nez et le larynx comme les analogues de l'urètre et du vagin. Quelqu'étranges que paraissent ces rapprochemens, on doit avouer que les sympathies, tant physiologiques que pathologiques, militent beaucoup en leur faveur. D'un autre côté, la disposition du système vasculaire, nerveux et musculaire, offre une similitude frappante dans les deux extrémités du tronc, entre lesquelles le diaphragme établit une ligne de démarcation comparable, jusqu'à un certain point, à celle dont on trouve des traces si nombreuses entre les deux moitiés latérales.

La symétrie d'avant en arrière est la moins marquée de toutes. On n'y a même fait que très-peu d'attention jusqu'à présent, probablement parce que la surface du corps en montre à peine quelques traces. Mais il en existe de bien manifestes, à l'intérieur, que Meckel a pris soin aussi de signaler. Ainsi, la colonne vertébrale est manifestement représentée en devant par la chaîne sternale, mais d'une manière incomplète, du moins chez l'homme, car l'analogie devient beaucoup plus évidente chez certains animaux. La ligne blanche continue l'analogie dans les parois abdominales. Aux gros troncs vasculaires qui descendent le long du rachis, correspondent, en avant, les vaisseaux mammaires internes et épigastriques, comme aussi la moelle épinière, au nerf grand sympathique. On reconnait également cette loi dans la duplicité de chaque moitié latérale de la moelle rachidienne, qui est composée elle-même de deux cordons, l'un antérieur, l'autre postérieur,

dans la présence d'une série antérieure et d'une série postérieure de racines des nerfs rachidiens, et dans la division de l'encéphale en cerveau et cervelet.

Toutes ces considérations sont fort importantes, et le deviendront encore davantage lorsqu'on y rattachera celles qui peuvent être puisées dans les phénomènes des maladies. Elles répandront tôt ou tard un grand jour sur la théorie encore peu avancée des sympathies, et, sous ce rapport, la médecine devra peut-être aux savantes recherches de Meckel et de Geoffroy-Saint-Hilaire, des matériaux d'autant plus précieux qu'ils serviront de base solide aux méthodes par lesquelles elle procède.

SYMPATHIE, s. f., *sympathia*, *consensus*. A la vue d'un être souffrant, on souffre soi-même; au milieu de gens joyeux, on se sent porté à la gaîté; on s'afflige avec les gens tristes; on se sent plein de bienveillance pour certaines personnes à la première vue; il suffit quelquefois d'un premier coup d'œil, d'un premier mot, d'une seule circonstance, pour qu'une amitié, un amour mutuel et indissoluble, commence entre deux personnes. Telle est ce qu'on appelle la *sympathie morale*. Exagérés par l'enthousiasme ou la mauvaise foi, interprétés par l'imagination, ces phénomènes, joints à ceux du somnambulisme, sont devenus, pour des gens crédules et des hommes adroits, la base sur laquelle on a construit l'édifice fantastique du magnétisme animal.

La *compassion* est une qualité que l'homme possède généralement au plus haut degré, mais qui diminue chez lui à mesure qu'il est influencé davantage par une civilisation très-avancée. L'intérêt personnel lui enseigne à réprimer ce sentiment, qui est une des sources primitives de l'état social. A force de voir sa sensibilité mise à l'épreuve par des imposteurs, éprouvée par l'ingratitude, et signalée comme une duperie, l'homme rétrécit peu à peu le cercle de ses émotions, renonce à la philantropie, se réduit progressivement à la compassion d'amitié, puis à celle de famille; souvent même il finit par garder toute sa pitié pour lui-même; de là, l'égoïsme, qui n'est pas la misantropie, mais qui est mille fois plus nuisible que la haine du genre humain, car celle-ci se retrouve dans les cœurs les plus généreux.

Considérée en général, la sympathie est la liaison d'action plus ou moins étroite qui existe entre tous les organes dans l'état de santé et dans l'état de maladie, et celle qui existe principalement entre quelques organes dans l'état de maladie.

On a voulu réduire les sympathies à quelques phénomènes rares qui annoncent une liaison entre deux organes sans rap-

ports d'action dans le plus grand nombre des cas : ce sont là les *sympathies idiosyncrasiques* ou *individuelles*, telles que celle-ci : nous connaissons une jeune femme qui éprouve un trouble de la vue chaque fois qu'elle mange du riz au lait. Ces phénomènes, quelques rares qu'ils soient, n'en sont pas moins des sympathies; mais on aurait tort de limiter l'usage de ce mot, au point de ne s'en servir que pour les désigner.

Barthez ne veut pas que l'on mette au nombre des sympathies le concours d'actions simultanées ou successives des divers organes constituant proprement une fonction, ou génériquement une maladie; mais cette exception est illusoire, car qui peut dire à point nommé que tel phénomène d'une maladie lui est générique et non particulier? La preuve que cette distinction n'est qu'une subtilité, c'est que, voulant donner un exemple de sympathie, il a indiqué la douleur vers l'épaule droite dans l'hépatite, parce que, suivant lui, elle n'en est pas un symptôme constitutif.

Pour nous, le mot *sympathie* désigne toute *coaction*, toute *coaffection*, tout *consentiment*; toute *coopération*, *simultanéité* ou *succession de mouvement*, en un mot tout rapport, tout enchaînement, toute dépendance d'action des organes les uns avec les autres.

Hippocrate, Arétée, Galien, Cœlius Aurélianus, Fernel, Baillou, Paré, Mercado, Rivière, Charles Lepois, Van Helmont, Willis, Vieussens, Morton, Valentini, Muller, Baglivi, Bausner, Réga, Sénac, F. Hoffmann, H. Boerhaave, Kaau, Whytt, Meckel, Bordeu, Haller, Langhans et Rahn ses élèves, Tissot son ami, ont rapporté des faits ou posé des principes relatifs aux sympathies.

Haller faisait provenir les sympathies : 1° de la communication de tous les vaisseaux, qui fait que quand les humeurs sont repoussées de quelque partie, elles se portent en trop grande abondance sur une autre; 2° de l'analogie entre l'organisation et les usages de deux parties, d'où il résulte que les mêmes causes produisent sur l'une et sur l'autre des changemens semblables; 3° de la continuité des membranes; 4° des anastomoses nerveuses; 5° du cerveau lui-même; 6° du tissu cellulaire.

Tissot objecte que, de ces six modes sympathiques, le premier n'est qu'une métastase, le second le résultat de l'action d'une même cause sur deux parties; que le troisième rentre dans le quatrième, puisque la continuité ne produirait aucun résultat si les membranes n'étaient pas tapissées de nerfs; que le quatrième n'est que le premier degré du cinquième, et tous deux constituent seuls la véritable sympathie, le sixième mode n'étant qu'une extension de la maladie de proche en proche;

et qu'enfin il n'y a d'autres sympathies que les *sympathies nerveuses;* et de plus, avec Willis, Perrault, Astruc, Van Swieten, Kaau, Haller, Monro, Mahrer et Whytt, il pense qu'elles ne peuvent avoir lieu sans que le cerveau y participe.

Tissot n'a pas réfléchi que, même en admettant la métastase de l'humeur, il faudrait encore admettre une sympathie entre l'organe qui l'envoie et celui qui la reçoit; que si fréquemment en effet deux organes de même structure s'affectent en même temps parce qu'ils sont soumis à la même influence morbifique, il arrive aussi que, lorsque l'un a cessé d'être malade, l'autre s'affecte immédiatement, quoique la cause ait cessé depuis long-temps, et qu'alors on ne peut nier qu'il y ait sympathie. On pouvait aussi lui faire remarquer que, si l'extension de la maladie a lieu de proche en proche dans le tissu cellulaire, elle a lieu également de proche en proche sur une membrane, même sans le secours des nerfs; et en outre que toute extension d'un état morbide est une sympathie, de quelque manière qu'elle ait lieu, si elle en est une quand elle a lieu par l'entremise des nerfs. Il y a sympathie toutes les fois que deux organes agissent ou souffrent ensemble, pourvu que ce soit par suite de leur liaison naturelle, et non point parce qu'ils sont soumis à la même cause. Cette dernière circonstance est plus commune qu'on ne pense, quand il s'agit d'organes symétriques.

Il n'y a réellement pas de sympathies par action directe d'un filet nerveux sur un autre; mais affirmer qu'elles ne puissent pas avoir lieu sans l'intermédiaire du cerveau, c'est méconnaître ce que nous enseigne l'anatomie. Pourquoi ne pas avoir égard aux connexions dans la recherche des fonctions de l'état de santé et de l'état de maladie? Fabre et Broussais ont répété les argumens de Whytt pour démontrer que, dans toutes les sympathies, le cerveau est le centre d'action; mais toutes les fois que l'on voit les filets nerveux de deux organes qui sympathisent dans l'état de santé ou de maladie, se rendre dans le même ganglion et peut-être dans le même plexus, on est autorisé à penser que lorsque l'excitation est modérée, même dans l'état de maladie, elle se propage par le ganglion ou le plexus sans aller jusqu'au cerveau. Il en est tout autrement quand l'excitation est violente; elle agit non-seulement sur le cerveau, mais à son occasion le cerveau agit sur tout le reste du système, plus sur certaines parties, moins sur d'autres. S'il en était toujours ainsi, comme le prétend Broussais, le cerveau prendrait plus de part que l'estomac à la production de la fièvre. Nous avons soutenu en 1817, et nous pensons encore qu'il est des fièvres dans lesquelles le cerveau est tout à fait intact, à cela près du sentiment général de pe-

sauteur que l'on perçoit, et que, dans plusieurs inflammations, le cœur est affecté sympathiquement avant le cerveau.

Barthez disait qu'il y avait sympathie quand l'affection d'un organe occasionait sensiblement et fréquemment l'affection correspondante d'un autre organe, sans que cette succession pût être attribuée à un concours inconnu de causes accidentelles, soit internes, soit externes, affectant en même temps deux organes, et sans qu'on pût l'expliquer par l'action d'un organe sur l'autre, enfin sans qu'elle dépendît du concours d'action composant une fonction ou un genre de maladie. Il est évident que cet auteur ne voyait la vie que là où il voyait l'obscurité, en éliminant des sympathies les rapports nécessaires des organes dans l'état de santé ou de maladie ; il ne s'apercevait pas qu'il ne faisait que créer une coupe arbitraire, qu'il négligeait les sympathies les plus importantes, puisqu'elles sont le plus caractéristiques, et qu'il laissait absorber toute son attention, ou du moins celle du médecin, par des sympathies d'un intérêt secondaire, parce qu'elles sont moins utiles pour le diagnostic. Tel fut un des résultats les plus fâcheux de l'amour de Barthez pour les cas rares. On pourrait dire que, sans le vouloir, il faisait rentrer les synergies dans les sympathies en étudiant successivement celles, 1° des organes qui, suivant lui, n'avaient aucun rapport sensible; il voulait sans doute dire prochain ; 2° des organes qui se ressemblent dans leur structure et leurs fonctions : notez que Tissot contestait le titre de sympathies à celles-ci ; 3° des organes similaires liés en systèmes, ou des vaisseaux et des nerfs ; 4° de chaque vaisseau ou chaque nerf avec son système ; 5° de chaque organe avec tout le corps.

Ce plan est fort beau ; il fut imparfaitement rempli par Barthez, mais il aurait pu seul renfermer tout l'ensemble des rapports des organes considérés dans leur action. Barthez ralliait avec beaucoup de sagacité les sympathies de la santé à celles de la maladie, autant qu'il le pouvait, avec sa théorie du principe vital.

Darwin s'est beaucoup occupé des sympathies sous le nom de caténation des mouvemens et de maladies de l'association. Suivant lui, les mouvemens organiques associés pouvaient être augmentés ou diminués ou rétrogrades. Il paraît être le premier qui se soit fortement occupé de la diminution des mouvemens sympathiques, à laquelle il rapportait les frissons, l'urine pâle après le dîner ou par le froid de la peau, la pâleur causée par les nausées, la dyspnée qui survient dans le bain froid, l'indigestion causée par le froid aux pieds, la mollesse du pouls dans le vomissement, le froid de la joue dans le mal de dents, etc., à cela près de son mouvement ré-

trograde, qu'au reste des physiologistes ont reproduit sous le nom de perversion des propriétés vitales. Darwin s'est toujours montré observateur plein de finesse, très ingénieux dans ses théories, et il a distingué deux nuances de la sympathie, distinction qu'on ne connaissait pas avant lui, et dont personne n'a profité après lui.

Bordeu avait écrit avec un rare talent, une imagination ardente, une pénétration qui devançait les faits et plongeait dans l'avenir, sur les sympathies, les départemens organiques, le concours de plusieurs organes pour l'accomplissement de la fonction d'un seul, sur l'influence qu'exerce un organe malade sur un autre, enfin sur la nécessité de ne pas se borner à l'examen de l'organe dans lequel on observe les symptômes les plus saillans; Fabre avait réuni ces idées à celles de Haller sur l'irritabilité, et Tissot avait proposé d'appeler sympathie *active* le rôle de l'organe qui en influence un autre, et sympathie *passive* celui de l'organe influencé; Barthez avait, comme on vient de le voir, tracé un plan raisonné des sympathies, mais en créant ses synergies, et Darwin avait fixé l'attention sur la nécessité d'étudier non-seulement l'action de chaque organe, mais les dérangemens des rapports d'action entre les organes, quand Bichat parut.

Pour peu qu'on réfléchisse aux phénomènes sympathiques, dit Bichat, il est évident que tous ne sont que des développemens contre nature des forces vitales qui se mettent en jeu dans un organe par l'influence que cet organe reçoit de ceux qui ont été excités directement. Toute idée de sympathie, ajoute-t-il, exclut celle d'un enchaînement naturel des fonctions. Enfin, par sympathie, il entendait parler uniquement des rapports contre nature, des phénomènes qui surviennent entre un organe et un autre non liés ensemble par l'ordre naturel de la vie. Il est évident qu'ici Bichat, en disant que Barthez s'était trompé sur ce point, ne faisait que reproduire l'opinion de Barthez sur la nécessité de distinguer la sympathie de la synergie; c'est-à-dire que Bichat voulait que l'on réservât le nom de sympathie pour désigner celles qui ne sont point l'exagération des phénomènes de la santé. C'est là une des subtilités méridionales que Bichat eut la faiblesse d'adopter.

Tout phénomène sympathique, dit-il, a son siége dans les solides. Cette vérité majeure rectifia tout ce que Bichat laissa d'humorisme dans la pathologie; c'est ainsi qu'un grand homme met dans ses ouvrages le correctif de ses propres erreurs ou de celles dont il ne peut se défendre.

Bichat rassembla le premier les phénomènes sympathiques, du moins ceux qu'il reconnaissait pour tels, dans un ordre ana-

tomique général, c'est-à-dire qu'il les rallia aux tissus qui en sont le siege. Les phlegmons, les foyers purulens qui surviennent dans le tissu cellulaire à l'occasion d'une maladie du poumon, de l'estomac, des intestins; les bouffissures, les œdèmes qui ont lieu dans quelques circonstances plus ou moins analogues; l'affection du cerveau qui survient dans les cas de phlegmon, le vomissement qu'on observe en pareil cas; la guérison des maladies des yeux par un séton mis à la nuque : telles étaient pour lui les sympathies du tissu cellulaire. On peut voir, dans ses ouvrages, ce qu'il dit de celles des autres tissus.

Les sympathies n'étaient point, pour Bichat, des effets des liaisons nerveuses qui ont lieu entre les organes; il y voyait, avec Barthez, des aberrations du principe vital; un voile épais couvrait, suivant lui, les agens de communication qui lient les organes siéges des phénomènes sympathiques.

Mais d'abord il est bien reconnu aujourd'hui que tout, dans le corps vivant organisé, a lieu par les organes et par les liens qui les unissent, et qui sont eux-mêmes des organes; ceci n'exclut pas l'intervention d'un principe ou de plusieurs principes physiques, chimiques ou métaphysiques; mais si la religion nous commande de croire à ce dernier, si le cœur nous persuade d'y croire, si le sort de l'homme vertueux sur la terre nous fait un besoin de cette croyance, rien ne nous oblige à prétendre que certains phénomènes organiques dépendent de l'électricité ou de l'oxigène, jusqu'à ce que le rôle de ces agens soit prouvé; et lorsque nous voyons les organes tenir les uns aux autres, communiquer ensemble par des vaisseaux, par des nerfs, par le tissu cellulaire, par des membranes, quel motif pour dire que les sympathies doivent être placées en dehors du domaine de la physiologie, que ce sont des aberrations, et qu'elles dépendent de quelque chose d'inexplicable? Il y a de l'inexplicable dans le plus petit et le plus commun phénomène organique, comme dans le phénomène sympathique le plus rare, le plus étrange. Pourquoi en faire une mention plus spéciale quand il s'agit de celui-ci plutôt que de celui-là?

Il nous paraît incontestable que toute action, tout phénomène organique qui n'a point lieu dans la partie sur laquelle agit directement la cause morbifique, mérite le nom de sympathique.

Nous distinguons les sympathies en celles qui ont lieu dans l'état de santé, et celles qui s'accomplissent dans l'état de maladie. Parmi celles-ci, les unes ne sont que l'exagération de celles-là, et les autres sont particulières à l'état de maladie. Toutefois, ces dernières sont peut être plus rares qu'on ne

pense, et peut-être arrivera-t-on par la suite à reconnaître qu'elles ne diffèrent pas au fond des premières.

Parmi les sympathies, soit en santé, soit en maladie, les unes ont lieu de proche en proche, et l'on peut les suivre, au moins à l'aide des applications de la physiologie à la pathologie, d'organe en organe; tandis que les autres se manifestent sans marche successive apparente, à une distance plus ou moins grande de l'organe primitivement affecté. Aux premières, on a refusé le nom de sympathie, de telle sorte qu'à mesure qu'une sympathie sera mieux étudiée, mieux connue, elle cessera d'être une sympathie. Quant aux autres, certains les attribuent au système nerveux, et par conséquent ils devraient dire que ce ne sont pas des sympathies, puisqu'ils savent, sinon *comment*, au moins *par quoi* elles ont lieu, tandis que d'autres prétendent qu'on ne sait ni par quoi ni comment elles s'exercent, admettant, soit une force, soit un mécanisme, soit un être occulte pour les expliquer, ou renonçant à toute explication. Mais comment Bichat a-t-il pu ranger parmi les sympathies les rapports d'action et d'affection de deux nerfs congénères, des nerfs optiques, par exemple? Quel autre rapport plus étroit veut-on qu'il existe entre deux parties, que de se confondre toutes deux avec une troisième de nature et de fonctions analogues? En y regardant de près, on voit que Bichat, ainsi que beaucoup d'autres, a rangé au nombre des phénomènes qu'il appelle sympathiques parce qu'il ne peut s'en rendre compte, les simples résultats de l'action nerveuse dans l'état de souffrance et de maladie.

Nous pensons que les sympathies, telles qu'on doit les considérer aujourd'hui, ne dépendent point uniquement ni des nerfs, ni des vaisseaux, ni du tissu cellulaire, ni du sang, ni de la continuité, mais ordinairement de plusieurs de ces conditions, et très-rarement d'une seule; qu'il y a dans les sympathies bien des actions organiques intermédiaires que nous ignorons; mais qu'on en découvre chaque jour, et qu'on en découvrira d'autant plus qu'on fera davantage d'observations sur l'homme sain, sur l'homme malade et sur les animaux soumis aux expériences; qu'établir une différence tranchée entre les actions synergiques et les actions sympathiques, entre les sympathies actives et les sympathies passives, c'est encombrer de subtilités une science où les faits particuliers et les faits généralisés doivent seuls trouver place; et enfin, qu'attribuer les sympathies à un *quid ignotum* supérieur à nos moyens d'investigation, c'est paralyser les progrès de l'esprit humain dans la recherche des plus intéressantes vérités physiologiques et pathologiques.

Tout en faisant des sympathies le nerf de sa doctrine, Broussais ne les a pas toujours considérées sous leur véritable point de vue.

« La sensibilité et la contractilité, dit-il, étant augmentées dans un point, le sont bientôt dans plusieurs autres : c'est la sympathie. Elle a lieu par l'intermédiaire d'une forme particulière du tissu vivant ou de la matière animale qu'on appelle nerfs. Tous les phénomènes d'association ont lieu par le moyen des nerfs qui transmettent la stimulation d'une partie à une ou plusieurs autres : ce sont donc des sympathies. Le but de la stimulation primitive et de la stimulation sympathique est toujours la nutrition, l'éloignement des causes destructives et la reproduction; et les mouvemens qui exécutent tout cela sont appelés fonctions. Les tissus que l'on peut considérer comme les mobiles des sympathies sont ceux où la matière nerveuse se trouve sous une apparence pulpeuse, entremêlée avec des vaisseaux capillaires sanguins et avec d'autres vaisseaux qui contiennent des fluides albumineux ou gélatineux : ce sont donc la peau et les sens de la tête, qui sont nommés sens externes; ce sont aussi les membranes muqueuses, qui sont les sens internes. Toute stimulation capable de procurer au cerveau une perception, parcourt tout l'ensemble du système nerveux de relation; elle va se répéter dans les membranes muqueuses, d'où elle est encore renvoyée au centre de perception, qui la juge d'après l'avis du viscère auquel appartient la membrane muqueuse, et qui se détermine à l'action d'après le plaisir ou la douleur qu'il perçoit. L'action commandée par le centre cérébral de relation s'exécute par le moyen de l'appareil musculaire locomoteur, qui est aux ordres du cerveau, et les mêmes nerfs qui ont servi à faire cheminer l'impression servent à l'exécution des volontés du centre de perception, par la portion de leur tissu qui communique avec les muscles locomoteurs. Pendant qu'une impression, ou mieux la stimulation qui résulte d'une impression, chemine dans l'appareil nerveux des viscères, elle détermine des mouvemens dans les muscles qui en font partie, modifie la circulation de tous les fluides qui les parcourent, et produit même des contractions involontaires dans les muscles locomoteurs. Pendant que l'influence stimulante du cerveau s'exerce, volontairement ou non, sur les muscles locomoteurs, la stimulation est aussi communiquée, mais involontairement, aux tissus musculaire et vasculaire des viscères, parce que les nerfs de relation sont communs aux muscles locomoteurs et aux viscères. »

Broussais dit encore : « les nerfs ganglionnaires ne transmettent ni les sensations au cerveau, ni les ordres du cer-

veau aux organes; ils ne peuvent présider qu'aux mouvemens intérieurs que le centre cérébral ne dirige pas; fondus dans le système capillaire des viscères, ils doivent servir à régler et à transmettre la stimulation d'un lieu à un autre, selon les besoins de la puissance créatrice, c'est-à-dire qu'ils servent particulièrement la chimie vivante. Ces nerfs recueillent l'influence stimulante des nerfs cérébraux, et la font servir aux mouvemens indépendans du centre de perception. Lorsque l'irritation prédomine dans les viscères, les nerfs ganglionnaires la font refluer dans l'appareil de relation par les nerfs cérébraux avec lesquels ils sont en communication dans ces mêmes viscères. Le centre de relation, sollicité par l'influence du viscère, excite, avec ou sans conscience, des mouvemens dans l'appareil locomoteur, qui sont en raison directe des irritations viscérales, et qui ont pour terme la cessation de ces irritations, ou bien l'engorgement, la compression, enfin la désorganisation. Toutes les fois qu'il est excité dans l'économie une stimulation capable d'ébranler les nerfs cérébraux, elle est transmise au centre de relation, et celui-ci peut exécuter des mouvemens en conséquence, sans que le sujet en ait la conscience, et sans que sa volonté y participe. L'instinct consiste dans des sensations déterminées par les viscères, et qui sollicitent le centre cérébral à faire exécuter les actes nécessaires à l'exercice des fonctions, avec ou sans conscience. Les organes qui ne communiquent plus avec le cerveau perdent bientôt leur vitalité et leur nutrition, se flétrissent et meurent. »

Relativement à l'état morbide : « les nerfs sont les seuls agens de la transmission de l'excitation, ce qui constitue les sympathies morbides. Les sympathies morbides s'opèrent de la même manière que les sympathies de l'état de santé; elles n'en diffèrent qu'en ce que, dans ce dernier cas, les nerfs transmettent plus d'irritation, ou un mode d'excitation qui répugne aux lois vitales. Les sympathies morbides sont de deux espèces; les premières se manifestent par des phénomènes organiques : savoir, des exagérations du mouvement fibrillaire, des congestions, des altérations de sécrétions, exhalations, absorptions, qui sont alors augmentées, diminuées et dénaturées par des changemens dans la température, et par des vices de nutrition; ce sont les sympathies organiques : les secondes, par des douleurs, par les convulsions des muscles soumis à la volonté, et par des aberrations mentales; ce sont les sympathies de relation. Les sympathies organiques peuvent exister sans les sympathies de relation; celles-ci entraînent toujours les organiques; mais le plus souvent ces deux ordres de sympathies sont simultanées. Plus la sensibilité de l'organe irrité et celle de l'individu sont considérables, plus les sympathies sont multipliées,

et vice versâ. Plus les sympathies sont nombreuses et actives, plus la maladie est grave. L'excès des sympathies de relation suffit pour causer la mort, qui paraît alors dépendre de la désorganisation du centre de relation. L'excès des sympathies organiques peut aussi occasioner une mort rapide, qui est due à la congestion et à la désorganisation de plusieurs viscères. L'organe primitivement irrité est quelquefois le seul à subir la congestion ou la désorganition; les organes sympathisés n'éprouvent pas assez d'irritation pour les partager; les organes sympathiquement irrités, peuvent contracter l'irritation à un degré supérieur à celle de l'organe à l'influence duquel ils la doivent. Dans ce cas, la maladie change de place et de nom; ce sont les métastases. L'organe qui est devenu le siége d'une métastase, excite alors des sympathies qui lui sont propres, et celles-ci peuvent à leur tour devenir prédominantes; telles sont les phlegmasies ambulantes, etc. Si les irritations sympathiques, que les principaux viscères déterminent dans les organes sécréteurs, exhalans, et à la périphérie, deviennent plus fortes que ces viscères, ceux-ci sont délivrés de la leur, et la maladie se termine par une prompte guérison : ce sont les crises. Dans ces cas, l'irritation marche de l'intérieur à l'extérieur. » Tels sont les principes de Broussais sur les sympathies. Nous avons dû les citer textuellement pour éviter tout reproche. Il est évident qu'en retranchant de ce sommaire tout ce qu'il renferme d'ontologique, d'hypothétique et de contradictoire, notamment le ravage de l'irritation dans tout le système nerveux, l'idée qu'il n'y a point de sympathie à laquelle le cerveau ne participe, et celle que le grand sympathique ne reçoit rien des nerfs cérébraux, quoiqu'il leur donne, il reste de grands et lumineux principes sur les rapports physiologiques et pathologiques des viscères considérés dans leur action.

Les maladies n'étant que l'affection tantôt d'un, tantôt et le plus souvent de plusieurs organes, la connaissance des lois des sympathies est le lien des observations des physiologistes et des pathologistes, ainsi que de celles du praticien.

Quel ordre faut-il suivre dans l'étude des sympathies? Examinons d'abord les divisions primaires établies entre elles : la division des sympathies en actives et passives de Tissot nous a paru fautive; celle de Bichat, en sympathies de sensibilité et de contractilité, soit animale, soit organique, et celle de Broussais, en sympathies de relation, et sympathies organiques, n'en font qu'une seule; commode pour le discours, elle ne suffit pas; celle de Barthez, en sympathies sans liaisons organiques sensibles, par symétrie, par les vaisseaux, par les nerfs, par analogie de texture, par le rapport d'un organe aux autres, est grande, mais abstraite, plus applicable à la

physiologie générale qu'à la physiologie pathologique; celle de Hunter, en sympathies de continuité, de contiguité et à distances ou entre des parties éloignées, présente l'idée fondamentale de la division de ces phénomènes; enfin, celle de Roux, en sympathies naturelles ou physiologiques, accidentelles ou pathologiques, et artificielles ou thérapeutiques, est la plus vaste, car elle comprend ce que tous les autres avaient oublié. Ajoutons que Bichat étudiait les sympathies successivement dans les différens systèmes organiques, idée-mère à laquelle il revenait sans cesse, et qui rectifiait le plus souvent les subtilités barthésiennes qu'il s'appropriait. Reis a étudié les sympathies dans les appareils de relation entre eux, dans les appareils de nutrition entre eux, dans les appareils de relation avec ceux de nutrition, dans les appareils de la reproduction entre eux, dans les appareils de la nutrition avec ceux de la reproduction. Il a omis celle des organes génitaux avec les organes des sens.

En prenant dans chacune de ces distributions ce qu'elles nous paraissent offrir d'exact, il nous paraît que l'on doit étudier, à l'occasion de chaque organe successivement, *a* les phénomènes sympathiques, 1° d'irritation, 2° d'asthénie, qu'il détermine, 1° dans ceux avec lesquels il est continu, 2° dans ceux avec lesquels il est contigu, 3° dans ceux avec lesquels il n'est ni continu, ni contigu, mais seulement lié par les nerfs, par les vaisseaux, par le tissu cellulaire, par la peau ou par les membranes muqueuses, et cela, 1° dans l'état de santé; 2° dans l'état de maladie; 3° dans l'état de médication; enfin *b* les phénomènes sympathiques dont il devient lui-même le siége sous l'influence des autres organes.

Qu'on ne dise pas qu'il résulterait de cet ordre un grand nombre de répétitions; car, à l'occasion de l'organe qui le provoque, le phénomène sympathique ne serait que nommé, tandis qu'il serait décrit à l'occasion de l'organe dans lequel il se manifeste.

Nous n'entreprenons pas ce travail, d'abord parce qu'il est fait plus ou moins à chacun des articles relatifs à chaque organe, ensuite parce qu'il fournirait à lui seul un gros volume, et enfin parce que jusqu'ici nous ne l'avions pas conçu d'après un plan aussi complet et aussi étendu, puisqu'il comprend la médecine en entier, et nous ne sommes pas prêts pour un semblable travail. En déplorant notre insuffisance, nous croyons au moins servir la science en indiquant cette lacune. On n'arrivera pas à la remplir en laissant flotter le sens du mot sympathie, en restreignant son usage aux sympathies morbides, en attribuant les sympathies à des particularités indéchiffrables, à des aberrations.

Si l'humorisme a régné pendant tant de siècles dans les écoles; si tant de maladies locales ont été considérées comme des affections de toute la substance, des infections du sang, des altérations des humeurs, des vices du système, des faiblesses générales; si les idées d'adynamie, d'ataxie ont prévalu après celles de putridité et de malignité; si les organes ont été oubliés, taudis qu'on dissertait à perte de vue sur les forces, les propriétés, les qualités, le principe de la vie, cela vient uniquement de ce qu'au lieu d'étudier d'abord avec soin les phénomènes qui ont lieu dans chaque organe dans l'état de santé et dans l'état de maladie par suite de l'action et de la soustraction des stimulans; et ensuite, avec non moins d'attention, les phénomènes qui se développent dans les organes les plus voisins et les plus éloignés de lui, quand il est affecté, on s'est borné d'abord à grouper les symptômes d'après leur habituelle coapparition ou succession, puis à expliquer leur liaison par des notions d'hydraulique, de chimie, de métaphysique, ou des chimères d'une physiologie toute fantastique.

Pour tirer de l'étude des sympathies tout le fruit désirable, il ne faut pas non plus se borner à rapporter tous les phénomènes sympathiques à l'affection primitive ou secondaire d'un seul viscère; voir le mobile le plus actif de toutes les sympathies dans le tissu cellulaire comme Bordeu, dans le cerveau comme Willis, dans le cœur comme Pujol, dans la moelle épinière comme Legallois, dans le grand sympathique comme Chaussier, dans l'estomac comme Van Helmont. Le cerveau, la moelle épinière, le grand sympathique, le cœur, l'estomac, la peau, le poumon, les surfaces séreuses reçoivent, tantôt l'un, tantôt l'autre, tantôt plusieurs ensemble, les influences sympathiques de tout point affecté de l'organisme. Il n'y a ni monarchie, ni duumvirat, ni trépied dans le corps vivant, il n'y a que des organes contribuant au maintien de la vie, l'un plus, l'autre moins, en agissant et réagissant les uns sur les autres, chacun pour lui-même et dans l'intérêt commun.

Une erreur grossière, trop souvent commise à l'occasion des sympathies, c'est de s'être imaginé qu'il en existe entre des organes qui, dans l'état de santé, n'entretiennent aucune relation, et tout de suite on cite les vomissemens qui surviennent dans la néphrite. A qui de raisonnable et d'instruit veut-on persuader qu'il n'y a pas de relation dans l'état de santé entre l'estomac et les reins? Il faudrait pour cela ne pas connaître les rapports de la digestion avec la sécrétion urinaire. Il faut renvoyer ces singuliers physiologistes qui se sont moqués des mouvemens rétrogrades de Darwin, à la zoonomie de ce physiologiste, plus profond qu'on ne pense.

Un organe, sympathiquement affecté par un organe malade,

est-il malade lui-même? Cette question paraît superflue, et pourtant elle a paru susceptible d'une réponse négative, pour le plus grand nombre des cas, à Broussais lui-même. Sans cesse il répète qu'il suffit le plus ordinairement de traiter l'organe idiopathique pour guérir l'organe sympathique : cela est vrai pour les maladies légères; cela est faux pour les maladies graves, dans lesquelles il faut traiter tous les organes affectés, en agissant d'ailleurs principalement sur celui qui l'est davantage, et qui est le plus important.

Les phénomènes sympathiques sont tantôt plus, tantôt moins intenses que les phénomènes idiopathiques; de là, les difficultés dans le diagnostic; de là, tant de maladies secondaires érigées en maladies primitives, tant de maladies locales en maladies générales, tant de symptômes en maladies; c'est qu'il ne faut pas se borner à l'étude des symptômes, il faut avoir égard aux causes, et, jusqu'à un certain point, aux moyens de traitement, sans se faire illusion sur l'incertitude des déductions à tirer de l'action de ceux-ci. Tantôt on voit un phénomène sympathique effrayant pour une affection idiopathique fort légère, ou du moins sans phénomènes locaux très-saillans; c'est le cas le plus difficile : d'autres fois les phénomènes sympathiques sont à peine prononcés, et il existe un désordre local qui fera bientôt périr le sujet. De là, la notion de malignité qui a couvert si souvent d'un voile officieux l'ignorance des médecins.

C'est sur l'étude approfondie des sympathies qu'est fondée la thérapeutique ; on affaiblit, on fortifie un organe pour en fortifier ou en affaiblir un autre. Le cas est quelquefois très-compliqué : un organe, le poumon par exemple, est enflammé, le pouls et petit, les muscles se contractent avec peine; vous tirez du sang par la veine, moyen réputé essentiellement débilitant, et voilà que le cœur se met à battre avec plus de force : le malade peut se remuer dans son lit ; bientôt les muscles sont plongés dans une plus profonde inactivité, les battemens du cœur redoublent de vigueur, ensuite les muscles s'agitent avec violence, il y a des convulsions, du délire; enfin une nouvelle saignée rétablit le calme, le cœur bat avec modération, la raison se rétablit, les muscles recouvrent une partie de leur action, et rentrent dans le domaine de la volonté. C'est que, dans les sympathies qui s'étendent à plusieurs organes à la fois, il y a sinon toujours, au moins le plus ordinairement, excitation dans celui-ci, abattement dans celui-là, alternative de ces deux états dans chacun de ces organes.

Canaveri, Tommasini prétendent que l'inflammation est toujours sthénique, quelles que soient sa durée, son étendue, et nous partageons leur opinion, avec Broussais ; mais nous ne

pensons pas que l'on doive dire que tous les organes qui offrent des phénomènes morbides chez un sujet à l'occasion de l'inflammation d'un organe, soient enflammés. Ainsi, lorsque les muscles sont inactifs, parce que le sang afflue vers le cerveau, nous pensons que si les muscles ne se contractent pas, ce n'est point parce qu'ils sont le siége d'un afflux, mais parce que l'excitation nerveuse leur manque. C'est là ce qu'on a le moins étudié dans l'observation des sympathies, et ce qui pourtant importe extrêmement, non moins sous le rapport du diagnostic, que sous celui du traitement. *Voyez* ASTHÉNIE, IRRITATION, SYMPATHIQUE et SYNERGIE.

Georget divise les sympathies en *sympathies de fonctions* et *sympathies nerveuses*, distinction utile, à laquelle il convient d'avoir égard dans l'étude des sympathies de chaque organe. Il divise les sympathies nerveuses en *directes*, qui sont celles par continuité de tissu, et *indirectes*, qui ont lieu par l'entremise du cerveau, lequel peut être influencé par d'autres impressions que celles que lui transmettent les organes des sens. Cette distinction est moins motivée que la première, mais elle n'est pas sans utilité.

La doctrine des sympathies s'est naturalisée en Italie, par suite des travaux de Bordeu, de Bichat, de Tommasini, et de plusieurs compatriotes de ce dernier. Suivant lui, une inflammation développée dans quelque partie du corps que ce soit, se propage à d'autres parties d'après certaines lois. Il nomme cette propagation *diffusion*, et la divise en *vraie* et en *fausse*. Tout travail morbide dynamique, c'est-à-dire ne provenant pas d'une irritation matérielle et persistante, s'étend par diffusion, et se propage aux parties qui sont organiquement continues, ou qui ont une identité de structure avec celles qui ont été primitivement atteintes. La diffusion des affections morbides est plus ou moins grande, plus ou moins rapide, selon que les parties ont plus ou moins de susceptibilité à rester atteintes. Quoique la diffusion soit ordinairement telle que le plus grand degré de l'inflammation occupe un point central, d'où elle s'étend par irradiation, cependant, il arrive souvent que, dans quelques-unes des parties auxquelles l'affection morbide est propagée, cette inflammation est plus vive qu'aucune autre; mais quel que soit le degré que la diffusion puisse acquérir, il faut remarquer qu'une maladie diffuse conserve partout le caractère et le génie de la première affection dont elle provient. Jusqu'ici l'analogie des vues de Tommasini et de Broussais est frappante, et l'on voit qu'ils ont puisé à la même source, celui-ci le second, et celui-là le premier. Mais Tommasini pense qu'un travail morbide par diffusion est entièrement indépendant de la première cause qui l'a dé-

terminé, ce qui est évidemment trop exclusif. Il n'en demeure pas moins prouvé que deux écoles, si éloignées l'une de l'autre dans le traitement de l'inflammation, se rapprochent ou même se confondent dans la base commune de leurs théories, comme dans leur origine.

SYMPATHIQUE, adj., *sympathicus*, *sympatheticus*. On entend par *phénomènes*, *symptômes*, *maladies sympathiques*, les phénomènes, les symptômes, les maladies qui se manifestent ou se développent dans un organe continu, contigu ou plus ou moins éloigné d'un autre organe primitivement excité ou lésé.

Les symptômes sympathiques sont souvent plus saillans que les symptômes idiopathiques; ils précèdent parfois ceux-ci, les accompagnent souvent, et leur succèdent dans un grand nombre de cas. Il importe donc de ne pas les prendre pour des symptômes idiopathiques quand ils existent seuls; mais il ne faut pas pour cela négliger de traiter les organes dans lesquels ils se manifestent, car ceux-ci finissent souvent par s'affecter au point d'exiger toute l'attention du médecin. Lors même que les choses n'en viennent pas là, il convient d'employer les moyens directs propres à diminuer l'incommodité des symptômes sympathiques, sans s'abuser sur leur valeur.

Les organes qui sont le siége des symptômes sympathiques sont toujours plus ou moins lésés, tantôt légèrement, tantôt profondément. On doit toujours redouter de les voir s'affecter gravement, et ne pas se borner au traitement de celui sous l'influence duquel ils souffrent.

Les maladies sympathiques ne méritent pas moins que les idiopathiques de fixer l'attention du médecin, non-seulement en théorie, mais encore en pratique. Elles ajoutent au danger de ces dernières; elles seules même quelquefois les rendent dangereuses. Dès que deux organes sont malades ensemble, il faut les traiter tous deux, si l'on ne veut s'abandonner à une sorte de monomanie médicale, et faire courir de grands risques au malade. *Voyez* SYMPATHIE.

Les anatomistes appellent le nerf TRISPLANCHNIQUE, *grand sympathique*; et le *pneumo-gastrique*, *petit sympathique*.

SYMPHYSE, s. m., union, liaison. Rigoureusement parlant, ce mot est synonyme parfait d'articulation. Mais on le réserve assez ordinairement pour désigner les jonctions d'os qui se font au moyen d'une substance intermédiaire, comme la symphyse des pubis et la symphyse sacro-iliaque. Cependant on donne aussi le nom fort impropre de symphyse du menton à une ligne qui règne le long de la partie moyenne de la face antérieure de la mâchoire, et qui marque le lieu de la réunion des deux pièces dont cet os était composé dans l'enfance.

SYMPHYSÉOTOMIE, s. f., *symphyseotomia* : division des parties molles qui recouvrent, ainsi que du fibro-cartilage qui affermit l'articulation des os pubis entre eux. Cette opération, que Galien semble avoir vaguement indiquée, et dont Severin Pineau a conseillé ensuite l'emploi d'une manière plus formelle, appartient en réalité à Sigault, qui démontra le premier toute l'étendue des ressources qu'en peut tirer la pratique des accouchemens. Par une singularité digne de remarque, la symphyséotomie, désapprouvée d'abord, en 1768, dans le sein de l'Académie royale de chirurgie, excita le plus vif enthousiasme, et attira l'attention de toute l'Europe, lorsque neuf années après Sigault l'eut pratiquée sur la femme Souchot. La Faculté de Paris fit même frapper une médaille pour perpétuer, avec la gloire de l'inventeur, le souvenir de l'époque à laquelle avait eu lieu cette conquête nouvelle de l'art qui préside à la naissance des hommes. Pendant trente ans, les controverses, excitées au sujet de cette opération, furent telles, que les meilleurs esprits firent de vains efforts pour fixer sa véritable valeur, et que l'on commence à peine maintenant à déterminer les cas où elle doit être définitivement préférée à la gastro-hystérotomie.

Les phénomènes qui se manifestent durant et après l'opération de la symphyséotomie, devant servir de base à la discusssion des avantages ou des inconvéniens qu'elle présente, nous croyons convenable de commencer cet article par la description du manuel opératoire adopté pour la pratiquer. Les objets nécessaires alors sont un fort scalpel, convexe sur son tranchant et terminé par une pointe émoussée; une sonde vésicale de femme, des ciseaux, des pinces à ligature, des fils cirés, une éponge, de l'eau, de la charpie, des emplâtres agglutinatifs, des compresses et un bandage de corps garni de ses sous-cuisses complètent l'appareil. La région pubienne ayant été rasée, la malade doit être située comme pour les accouchemens difficiles, c'est-à-dire, sur le bord de son lit ou sur une table garnie d'un matelas, les pieds reposant sur des chaises, les cuisses soutenues par des aides, le bassin saillant et élevé au moyen d'oreillers glissés sous ses reins. Le chirurgien lui-même se place, soit entre les jambes de la femme, soit à son côté droit. Il introduit ensuite la sonde dans la vessie afin de provoquer l'évacuation de l'urine, puis cet instrument est confié à un aide qui l'incline sur l'un des côtés du bassin, et éloigne ainsi l'urètre de la route que doit suivre le bistouri. Ces précautions étant prises, il convient de relever fortement la peau vers l'ombilic, puis de l'inciser d'un seul coup, depuis la partie supérieure de la symphyse, jusqu'au voisinage du clitoris, c'est-à dire, dans l'étendue d'environ deux pouces. L'instru-

ment, reporté dans la plaie, divise ensuite le tissu cellulaire graisseux qui garnit la région pubienne, et entame successivement le fibro-cartilage articulaire. Cet organe étant insensible, il est inutile de trop se hâter d'achever l'opération. On doit diviser la symphyse d'avant en arrière, suivant le conseil de Plenck, de manière à ce que le bistouri ne pénètre pas dans le bassin, et ne puisse ainsi blesser les organes que cette cavité renferme. Il importe de surveiller attentivement la force, ainsi que la direction imprimée à l'instrument, afin que la main, après avoir surmonté la résistance que présente le fibro-cartilage, ne soit pas exposée à s'échapper et à prolonger trop profondément la section des parties. Les lésions de la vessie et de l'urètre ne reconnaissent presque jamais d'autres causes que les *échappées* de ce genre. On a vu quelquefois alors le réservoir de l'urine être entièrement traversé, et l'instrument tranchant arriver jusque dans la cavité du vagin. Le fibro-cartilage étant entièrement divisé, il convient presque toujours d'inciser complétement le ligament inférieur de la symphyse qui borne le sommet de l'arcade pubienne. Pour cela, le bistouri doit être incliné le long de la branche du pubis, du côté opposé à celui vers lequel on a porté l'urètre, et dirigé en bas, de manière à couper entièrement les fibres qui constituent le ligament sous-pubien. Alors seulement tous les moyens d'union étant divisés, l'écartement des os peut s'opérer sans obstacle, et atteindre le degré que l'on juge convenable.

Aitken a proposé, pour inciser le fibro-cartilage de la symphyse pubienne, un couteau caché, à lame pliante, qui ne présente aucun avantage réel sur le bistouri mousse ordinaire. Dans quelques occasions, la symphyse étant ossifiée, il a fallu exécuter avec la scie la séparation des pubis, et l'opération n'en a pas eu un moindre succès. Champion de Bar a même proposé de substituer, dans tous les cas, la section de l'un des pubis, sur le côté de la ligne médiane, à la division pratiquée dans l'articulation, espérant, d'une part, éviter ainsi la lenteur attachée à ce dernier procédé; de l'autre, procurer à la malade une guérison plus facile et une réunion plus solide des os. Mais cette modification de la symphyséotomie n'a jamais été adoptée chez les femmes dont la jointure interpubienne était exempte d'ankylose. Enfin, on a cherché à diviser la symphyse en portant le bistouri entre elle et l'urètre, et en la coupant d'arrière en avant, sans toucher aux tégumens extérieurs. Ce procédé, employé une fois en Espagne, doit être abandonné, parce qu'il expose, sans la moindre utilité, à des tâtonnemens multipliés et à la lésion de la vessie avec la pointe de l'instrument. La scie, imaginée par Aitken pour

exécuter cette espèce de section sur le pubis, est restée plongée dans un oubli aussi profond que mérité.

La section des parties tendineuses est à peine terminée que les pubis s'écartent l'un de l'autre, et laissent entre eux un intervalle qui varie depuis trois jusqu'à six et à neuf lignes. Mais cette disjonction spontanée des os du bassin serait portée plus loin, et deviendrait dangereuse si on ne la rendait à la fois lente et modérée. Il faut, en effet, à l'instant où les derniers liens de la symphyse sont divisés, recommander aux aides qui maintiennent les cuisses de soutenir et de rapprocher ces parties, afin que leur poids n'agisse pas avec trop de force sur les os coxaux. On examine alors la disposition des parties ; on compare le volume de la tête avec le degré d'écartement spontanément obtenu; et si une dilatation plus grande du passage semble nécessaire, il est facile de l'obtenir en écartant graduellement les cuisses, et en appuyant avec modération sur les épines iliaques antérieures. Ces mouvemens doivent être exécutés avec une prudence extrême ; tout le danger de l'opération consiste manifestement dans la distension trop grande et dans les déchirures des ligamens sacro-iliaques antérieurs, et ces accidens ne peuvent être évités que par une diduction très-lente des os. En agissant avec précipitation, les tissus fibreux se déchirent, ce qui est indiqué par un craquement plus ou moins considérable et de mauvais augure ; tandis qu'en soutenant les parties en même temps qu'on les écarte, les expansions fibreuses s'allongent insensiblement, se détachent par degrés, et ne deviennent pas le siége de lésions aussi graves.

Il convient toujours d'attendre, pour pratiquer la symphyséotomie, que le col de l'utérus soit assez dilaté pour permettre facilement l'introduction de la main dans la matrice, et la prompte sortie de la tête de l'enfant. L'existence de douleurs assez fortes et soutenues pour expulser le fœtus, si le rétrécissement du bassin ne s'y opposait pas, est une circonstance favorable, à laquelle il faut également avoir égard. En opérant trop tôt, on se priverait des secours de la réduction de volume que la tête éprouve durant les efforts qui la pressent contre le cercle osseux qu'elle doit franchir, et les voies n'étant pas préparées, l'accouchement, après la division de la symphyse, ne pourrait avoir lieu qu'en irritant encore les parties, et en multipliant ainsi les chances défavobles qui l'accompagnent. Si l'on attendait trop tard au contraire, l'épuisement des forces de la mère, la longue compression du fœtus, la stimulation intense de la matrice durant un travail très-prolongé, sont autant de causes susceptibles de rendre l'opération, ou inutile, ou même funeste, aux deux individus pour la conservation desquels on la pratique.

A l'instant où l'écartement nécessaire pour rendre libre le passage de la tête du fœtus est opéré, il arrive quelquefois que tout se trouvant bien disposé, une forte douleur survient et termine tout à coup l'accouchement. Une des bosses pariétales tend alors à se loger dans l'intervalle que laissent entre eux les pubis; cette circonstance est favorable en ce qu'elle permet de gagner trois à six lignes sur l'étendue du diamètre bi-pariétal de la tête, et de rendre la sortie de celle-ci plus facile. On doit alors s'efforcer de loger la bosse pariétale opposée au devant de l'une des symphyses sacro-iliaques. A l'instant du passage de la tête, il convient de soutenir les parties latérales du bassin, afin d'éviter la brusque et violente dilatation que tend à leur faire éprouver le corps qui est poussé entre elles, et qui les écarte à la manière d'un coin. L'accouchement spontané est alors le plus avantageux, par la double raison que l'enfant court moins de danger pendant sa durée, et que les os sont écartés avec plus de lenteur, lorsque la tête se trouve graduellement poussée par les contractions utérines, que quand des moyens auxiliaires doivent être mis en usage pour opérer son extraction.

Si les douleurs sont insuffisantes si la situation de la tête est défavorable, ou lorsqu'enfin quelque accident grave oblige de terminer tout à coup l'opération, il faut sans délai appliquer le forceps, ou pratiquer la version par les pieds. L'accouchement se trouve réduit alors, par la levée de l'obstacle que le rétrécissement du bassin opposait à son exécution, à des conditions de simplicité qui permettent de procéder, pour l'achever, suivant les règles ordinaires. Ainsi, lorsque la situation de la tête le comporte, le forceps doit être appliqué sur elle, l'action de cet instrument étant moins dangereuse que la sortie du fœtus par les pieds; la réduction qu'il tend à opérer rend d'ailleurs, dans le cas présent, son secours encore plus utile.

Dans les cas toujours graves où la version seule peut être mise en usage, il est important, en l'exécutant, d'amener une des tubérosités pariétales dans l'intervalle des pubis, et l'autre vers une des symphyses sacro-iliaques, afin que le crâne s'engage dans le bassin suivant une direction diagonale. Lorsque le tronc est sorti, et que la tête est seule arrêtée au passage, on peut, à l'exemple de Gardien appliquer sur elle le forceps, et hâter ainsi sa sortie, en même temps qu'on la comprime et qu'on la dirige de la manière la plus favorable.

L'accouchement ainsi que la délivrance étant terminés, les cuisses de la femme doivent être rapprochées, les pubis replacés et maintenus en contact, d'abord par les mains d'un aide qui pousse l'une vers l'autre les crêtes iliaques, puis à l'aide d'un bandage de corps très-solide que l'on a disposé d'avance. Il convient de

réunir immédiatement les lèvres de la plaie au moyen d'emplâtres agglutinatifs, de les recouvrir ensuite de charpie et de compresses, puis d'appliquer le bandage garni de ses sous-cuisses. Une compression circulaire soutenue est alors de la plus grande utilité. Le bandage en fer de Camper, destiné à produire cet effet, ne présente aucun avantage sur la ceinture de toile, à laquelle on peut seulement ajouter, pour plus de solidité, trois ou quatre boucles qui correspondront à autant de courrois, et qui rendront son application plus facile et plus exacte. La femme, replacée dans son lit, doit y conserver un repos absolu; des alèzes serviront à soulever ses reins, et à faciliter soit le renouvellement des linges dont on la garnit, soit l'excrétion des matières fécales. Le travail de la réunion des parties divisées est fort long; quarante à soixante jours suffisent à peine pour rendre à la symphyse une partie de sa solidité première. A cette époque seulement, on doit permettre à la femme de se mouvoir seule et avec prudence dans son lit; plus tard, on la portera sur un fauteuil, puis elle pourra essayer de marcher avec des béquilles, et ensuite à l'aide d'une canne. Une ceinture, ou mieux encore une sorte de brayer, susceptible de pousser les os les uns vers les autres, doit, pendant long-temps encore, aider à l'action imparfaite des moyens employés par la nature pour opérer la consolidation, et souvent la malade est obligée de porter le bandage pendant toute sa vie, afin de prévenir les difficultés et les vacillations qu'un reste de mobilité du bassin imprime à la marche.

L'observation déjà bien constatée par le père de la médecine, du ramollissement et de la dilatation des symphyses pelviennes vers la fin de la grossesse, semble avoir donné la première idée de l'opération qui nous occupe. Il dût paraître assez simple, lorsque le bassin est trop étroit pour donner passage au fœtus, de l'agrandir en achevant en quelque sorte et en rendant plus complet le travail indiqué, ou même commencé par la nature. Lorsque la réduction de la tête, par la pression qu'elle éprouve, en s'engageant dans le bassin sous l'influence de fortes contractions utérines; lorsque la bonne direction imprimée à cette partie, et sa compression entre les cuillers du forceps; lorsque, enfin, le relâchement des parties molles de la génération ne suffisent pas, pour permettre à l'enfant de sortir du sein maternel, la dilatation du passage qu'il doit franchir semble, ainsi que le fait observer Thouret, un des moyens les plus directs et les plus efficaces de lever cet obstacle, et de donner à la nature les moyens de terminer son ouvrage. Un des points les plus importans à examiner alors, est le degré d'écartement que l'on peut obtenir sans danger entre les pubis, et l'influence qui en résulte pour l'a-

grandissement des divers diamètres du bassin. Sigault pensait qu'il n'est permis de produire qu'un écartement d'un pouce environ; Alphonse Leroy croyait pouvoir le porter sans danger jusqu'à deux pouces et demi à trois pouces; Baudelocque s'est assuré, d'une part, que la disjonction spontanée des pubis après la division des ligamens qui les unissent, ne va pas, en général, au delà de six lignes, et que quand on porte cet intervalle jusqu'à deux pouces et demi, en écartant les cuisses, relevées à angle droit sur le tronc, il en résulte la rupture des faisceaux fibreux antérieurs, et l'ouverture plus ou moins large des symphyses sacro-iliaques.

Il est à remarquer, toutefois, qu'il ne saurait y avoir ici de limite constante dans l'étendue de l'écartement possible des pubis, ce mouvement étant subordonné à l'âge du sujet, à la souplesse des tissus, et à plusieurs autres circonstances individuelles ou extérieures. Ainsi, les bassins d'hommes supportent, sans se déchirer, une dilatation moins grande que ceux des femmes; l'écartement peut être porté plus loin sur les sujets jeunes que sur les adultes ou les personnes âgées; les cadavres refroidis et devenus raides, vingt-quatre heures après la mort, se prêtent moins à l'écartement des pubis que ceux sur lesquels on opère avant que la chaleur normale se soit dissipée, ou après qu'on les a plongés dans l'eau tiède; enfin, la disjonction, chez la femme vivante, peut être portée d'autant plus loin, que les symphyses étaient plus ramollies et plus mobiles avant la parturition. Ces considérations sont confirmées par les expériences de Giraud et de Ansiaux, qui ont obtenu facilement, chez des femmes jeunes, mortes en couche, et opérées peu de temps après la cessation de la vie, un écartement des pubis de deux pouces et demi à trois pouces, sans rupture des appareils fibreux postérieurs.

La forme des bassins viciés influe beaucoup sur l'augmentation que leurs divers diamètres reçoivent de la disjonction du pubis. Le diamètre antéro-postérieur du détroit abdominal étant ordinairement le plus court, on a rapporté à lui presque toutes les mesures prises dans ces circonstances. Mais la disposition du sacrum et de la symphyse pubienne font encore varier les divers degrés successifs de son agrandissement; ainsi, d'après tous les observateurs, le premier pouce d'écartement opéré entre les pubis, n'augmente le diamètre sacro-pubien que de deux lignes; le second pouce produit encore un allongement de deux autres lignes; mais lorsqu'on va au delà, ce diamètre croît dans une proportion beaucoup plus grande. Ansiaux a vu trois pouces d'intervalle opéré entre les pubis d'un bassin qui n'avait que deux pouces et un quart d'avant en arrière, agrandir ce diamètre de dix lignes. Les

diamètres transverses des deux détroits, ainsi que l'arcade des pubis s'élargissent dans tous les cas, à quelques lignes près, de toute l'étendue dont les os se sont écartés après la symphyséotomie. Enfin, par cet écartement les cavités cotyloïdes sont éloignées du sacrum, les diamètres obliques allongés, et les côtés du bassin deviennent plus amples.

Il résulte de ces considérations que les cas les plus favorables à la symphyséotomie sont ceux où le rétrécissement porte spécialement soit sur le diamètre transverse, soit sur la largeur de l'arcade des pubis. Lorsque l'un des côtés du bassin manque de développement, au point de rendre impossible la sortie du fœtus, la section de la symphyse peut encore convenir, en augmentant les dimensions du côté le plus large, et en permettant à la tête d'y trouver place. Mais l'obstacle auquel on a pensé qu'elle pouvait le moins remédier, est celui qui résulte du rapprochement du sacrum vers les pubis. Si l'on fait abstraction de quelques cas rares, susceptibles seulement de constituer des exceptions, il convient de n'attendre que deux lignes d'allongement du diamètre antéro-postérieur, par pouce d'écartement des pubis. Par conséquent, à deux pouces et demi, on pourra estimer avoir gagné cinq à six lignes au plus, dans la direction du diamètre sacro-pubien. Mais la possibilité du succès par la symphyséotomie ne repose pas seulement sur ces degrés d'ampliation; elle résulte surtout de la manière dont on engage la tête pour la faire sortir à travers le bassin agrandi. On gagne en effet six lignes au moins, en plaçant une des tubérosités pariétales entre les pubis écartés, et l'autre sur l'un des côtés du sacrum, ce qui, joint aux six lignes d'augmentation survenues par l'opération dans l'étendue du diamètre antéro-postérieur, donne un pouce et plus dont le bassin s'est agrandi, relativement à la tête, suivant la direction de son plus grand rétrécissement. Dès lors, un bassin de deux pouces pourrait, à la rigueur, et en forçant un peu les parties, donner encore issue à la tête après l'opération; mais celle-ci peut être pratiquée avec tout espoir de succès sur les bassins de deux pouces et demi, ou même deux pouces un tiers ou un quart. Lorsque le rétrécissement était porté au dessous de deux pouces, les tentatives de symphyséotomie ont presque toujours eu des conséquences funestes, excepté lorsque la tête de l'enfant était plus petite qu'on ne devait s'y attendre, ou lorsque l'écartement a pu être porté plus loin qu'il n'était permis de l'espérer.

S'il y a des cas où le praticien puisse choisir entre la section des pubis et la gastro-hystérotomie, il en est d'autres où la première de ces opérations doit être, de toute nécessité, préférée à l'autre, et peut seule permettre d'achever l'accou-

chement, en conservant la vie à l'enfant ou à la mère. Les principaux cas de ce genre sont les suivans :

1°. Lorsque la tête d'un enfant vivant ayant franchi avec de grandes difficultés le détroit abdominal, qui est resserré, ne peut, ni par les efforts de la nature, ni par le secours du forceps, traverser de même le détroit périnéal. Soit qu'alors le bassin présente un excès de courbure du sacrum et un défaut d'étendue suffisante des diamètres antéro-postérieurs de ses deux détroits, soit que le détroit abdominal étant resserré, les tubérosités ischiatiques laissent en même temps entre elles trop peu d'écartement, ou que l'arcade des pubis manque d'ampleur; toujours est-il, qu'alors l'opération césarienne ne pourrait convenir. Pour qu'elle réussît, il faudrait que la tête fût susceptible de rétrograder, ce qui est impossible lorsque, après avoir éprouvé une réduction pour franchir le premier détroit, elle a repris ses dimensions ordinaires dans l'excavation. Perforer le crâne, et affaisser les os qui le forment, serait une opération barbare, dans laquelle on donnerait la mort à l'enfant, sans assurer les jours de la mère, à raison des lésions que l'on peut produire dans les organes en la pratiquant. La symphyséotomie réussirait au contraire d'autant mieux alors, qu'un degré peu considérable d'écartement des pubis serait seul nécessaire, ou pour allonger le diamètre transverse du détroit périnéal, ou pour agrandir l'arcade du pubis, ou pour permettre à la tête de s'échapper à travers l'ampliation du diamètre antéro-postérieur.

2°. Lorsque le détroit inférieur étant étroit, une exostose de la base du sacrum s'oppose à ce que la tête, qui est difficilement parvenue dans l'excavation, ne puisse être refoulée au dessus du détroit supérieur. Ce cas est aussi rare qu'il serait difficile de le reconnaître.

3°. Lorsque la tête ayant franchi le col de la matrice, et se trouvant à nu dans le vagin, ne peut cependant se dégager du détroit périnéal. Dans une telle occurrence, la gastro-hystétomie serait presque certainement infructueuse, le resserrement de l'orifice utérin, sur le cou de l'enfant, ne permettant pas à la tête de revenir sans de grandes difficultés dans la cavité de la matrice. Presque toujours même on s'exposerait à déchirer le vagin, et à le séparer du col de l'organe, en tirant sur le fœtus, plutôt que de lui faire exécuter ce mouvement rétrograde.

4°. Lorsque la tête est enclavée, que la pression qu'elle éprouve est assez forte pour ne pas permettre, d'une part, au forceps de l'entraîner en bas, de l'autre à la main de la repousser vers l'abdomen.

5°. Lorsque l'enfant ayant présenté les pieds, la tête est ar-

tête dans l'excavation ou enclavée au détroit supérieur. Dans ces cas, l'opération césarienne est moins proposable encore que dans l'accouchement par la tête, à raison de la moindre saillie de la matrice et de la difficulté plus grande de faire traverser, de bas en haut, au fœtus toute la filière du bassin.

6°. Lorsque les fesses, sorties les premières, sont arrêtées dans l'excavation par le rétrécissement considérable du détroit périnéal. On ne saurait alors refouler l'enfant pour aller saisir les pieds, parce que, en supposant cette manœuvre possible encore, le même obstacle se reproduirait pour les fesses elles-mêmes ou pour la tête. Dans ce cas, comme dans le précédent, le défaut de hauteur de la matrice rendrait la gastro-hystérotomie plus laborieuse et plus grave; de telle sorte que, bien qu'il y ait une possibilité évidente encore de réussir en la pratiquant, on ferait bien, ainsi que le conseille Gardien, de recourir à la section de la symphyse.

7°. Enfin, lorsque le fœtus étant mort, et la tête présentant un volume assez considérable, relativement au bassin, pour que sa base s'enclave et s'arrête invinciblement au passage, la symphyséotomie offrirait, suivant toute apparence, moins de dangers pour la mère que le morcellement des os dans son sein. Ce sentiment est celui de Hunter, de Smellie, de Gardien et de la plupart des accoucheurs habiles de notre époque. La section de la symphyse conviendrait d'autant mieux qu'il suffirait d'un écartement léger pour rendre à la base du crâne la liberté de s'échapper, et que le tronc dès lors n'éprouverait plus d'obstacle dans son passage.

En comparant entre elles la gastro-hystérotomie et la symphyséotomie, on est frappé de la différence considérable que présentent ces opérations sous le double rapport des difficultés qui les accompagnent, et de la nature des parties divisées dans chacune d'elles. Une incision très-peu étendue de la peau, du tissu cellulaire sous-cutané et du cartilage de la symphyse, constitue la première; si la prudence ne conseillait d'agir alors avec lenteur et précaution, quelques instans suffiraient pour lever alors la barrière qui s'oppose à la libre sortie du fœtus. On n'a à redouter ni hémorragie primitive abondante, ni irritation, ni phlogose du péritoine, ni suppuration prolongée de la plaie, ni épanchement de lochies ou d'autres liquides dans l'abdomen, en un mot, aucun des accidens qui rendent les opérations immédiatement ou consécutivement très-graves. La symphyséotomie n'est pas toutefois exempte de dangers pour la mère; les déchirures des ligamens sacro iliaques et l'ouverture de ces articulations donnent trop souvent lieu à des inflammations profondes, à des suppurations intérieures et à des caries étendues : mais, d'une part, ces lésions sont moins com-

munes qu'on ne l'a pensé; de l'autre, elles n'entraînent pas toujours des conséquences funestes; et, enfin, on les évitera en ne pratiquant pas la symphyséotomie dans les cas de rétrécissemens extrêmes, lorsqu'il faut opérer une disjonction très-étendue du pubis et, par suite, des déchiremens considérables dans les symphyses postérieures. Ce qui a discrédité le plus cette opération, est la témérité avec laquelle ses premiers partisans l'ont mise en usage chez des sujets dont les difformités extrêmes ne pouvaient se prêter sans de grands dangers à l'emploi de ce procédé. On peut affirmer qu'en ne l'exécutant qu'avec prudence et dans les cas rares où elle est réellement indiquée et possible, on obtiendra par son moyen des succès plus nombreux et plus sûrs que par l'opération césarienne. Si l'on opposait à ces vérités les claudications qui succèdent quelquefois à la section de la symphyse, il serait facile de répondre que d'abord on les évite par un traitement convenable des opérées, et qu'ensuite les hernies et les éventrations dont la gastro-hystérotomie est souvent suivie entraîne également de grandes incommodités. Enfin, si des femmes ont pu subir plusieurs fois l'incision abdominale, d'autres n'ont pas fait moins relativement à la symphyséotomie.

Il est vrai de dire, toutefois, que cette dernière opération n'est pas aussi avantageuse au fœtus que l'autre; elle le laisse en quelque sorte exposé à toutes les lenteurs, à toutes les chances de la parturition, rendue possible par son emploi; souvent même l'accouchement ne se peut terminer qu'à l'aide du forceps ou de la version par les pieds; ce qui entraîne pour l'enfant des dangers nouveaux, et le soumet à de nouvelles chances de mort. La gastro-hystérotomie, au contraire, détruit à l'instant tous les obstacles et tire le fœtus par une voie plus courte, plus large, plus facile à parcourir que celle que lui avait préparée la nature: elle lui épargne jusqu'aux incommodités dont la parturition la plus libre n'est jamais exempte. Mais il est à remarquer, à ce sujet, que ces inconvéniens de la séparation des pubis sont largement compensés par les avantages que la mère y trouve, et qu'enfin le fœtus lui-même ne reste soumis après cette opération à aucune chance de mort autre que celles qu'il court dans tous les accouchemens plus ou moins laborieux. Le passage qu'il doit franchir est agrandi devant lui, et, dans les cas les plus défavorables, il ne se trouve pas autrement placé que si, avant l'opération, il avait dû traverser un bassin étroit avec le secours d'auxiliaires étrangers.

Quant à la saillie de la vessie entre les surfaces écartées des pubis, et aux contusions que cet organe peut recevoir durant le passage de la tête, le premier de ces phénomènes n'a rien

d'alarmant, car la réduction s'opère aussitôt après la terminaison du travail, et le second est rarement porté au point d'entraîner des accidens graves. La lésion des parois vésicale et de l'urètre durant la symphyséotomie peut être sûrement évitée, en se servant d'un bistouri mousse et en se conformant aux règles prescrites plus haut. Les délabremens du tissu cellulaire du bassin et les dépôts qui peuvent s'y former n'ont jamais été observés qu'à la suite d'efforts assez prolongés, avant l'opération, pour produire des lésions de ce genre, alors même que les parties n'auraient pas été entamées.

Ces considérations suffisent sans doute pour démoutrer que s'il est des cas où la GASTRO-HYSTÉROTOMIE convient exclusivement à la symphyséotomie, il en est d'autres où cette dernière peut seule être appliquée avec espoir de succès, et que, dans les cas mêmes où rien ne maîtrise le choix du chirurgien, il doit, en général, préférer celle-ci à l'autre.

SYMPTOMATIQUE, adj., *symptomaticus;* relatif aux symptômes; basé sur les symptômes; qui constitue un symptôme. Un *phénomène symptomatique* est celui qui caractérise l'état morbide d'un organe; une *affection*, une *maladie symptomatique*, est celle qui a lieu par l'influence d'un organe autre que celui où elle réside. Cette dénomination est mauvaise: comme jamais un état morbide ne peut être considéré comme un symptôme, ce qu'on appelle ainsi n'est pour l'ordinaire qu'un *symptôme sympathique*, autrement un *phénomène morbide symptomatique*.

La *méthode thérapeutique symptomatique* est celle qui consiste à combattre uniquement chaque symptôme saillant d'une maladie, sans remonter ni au siége ni à la nature du mal.

SYMPTOMATISME. Sous ce nom, nous désignons une époque de l'histoire ou plutôt une des directions suivies dans la recherche de la vérité en médecine, plutôt qu'une école ou même une secte. Aussi long-temps que l'anatomie n'a pas été bien connue, ni formellement adaptée à la pathologie, on ne connaissait les maladies que par l'étude des symptômes étudiés dans leur coexistence, leur succession, leur liaison, leur dépendance. Une maladie n'était qu'un groupe de symptômes; dans chaque maladie, on cherchait à faire cesser le symptôme le plus saillant, on cherchait à provoquer certain symptôme réputé favorable. Si on se fût borné là, la médecine eût été fort étroite, mais sans beaucoup d'erreurs, et toutes celles dont elle se serait embarrassée eussent été facilement réfutées; mais le symptomatisme dura fort peu seul; il ne tarda pas à s'unir à un dogmatisme dont les principes furent empruntés à la science des corps inorganiques, aux lois du mouvement des masses et des molécules; et ces deux tyrans de l'opinion mé-

dicale ont régné sur elle à son grand détriment jusqu'à l'époque du VITALISME.

SYMPTOME, s. m., *symptoma*, *accidens*; tout phénomène qui accompagne un état morbide organique et en dépend; tout changement perceptible aux sens qui survient dans l'aspect, la conformation, la structure, la situation, les rapports, l'action d'un organe par suite d'une modification morbide

Il faut, en effet, qu'une qualité organique morbide tombe sous un sens, soit du malade, soit du médecin, pour être appelée symptôme; ou plutôt, quand elle a lieu sans être perceptible, elle est, relativement au diagnostic, comme si elle n'était pas. La mort ayant lieu, ou l'organe malade étant mis à découvert, elle devient un symptôme; mais on ne lui donne point alors ce nom, parce qu'en effet la maladie a cessé : nous avons proposé celui de *métaptôme* pour ce cas.

Les symptômes ne sont donc pas toutes les qualités de l'état morbide de l'organisme, mais seulement celles que la situation de l'organe malade et de la partie plus spécialement affectée nous permet d'apercevoir. Quand l'organe malade est situé à la surface du corps, on n'en peut encore explorer que la superficie; quand il est situé à l'intérieur, on n'a plus pour symptômes que les sensations du sujet, qui en assignent toujours très-vaguement le siége, les symptômes sympathiques qui induiseut si souvent en erreur en trompant sur le siége du mal, et les symptômes tirés de l'état de la fonction de l'organe lésé, qui trompent encore très-souvent quand ils sont sympathiques et qu'on les croit idiopathiques *et vice versâ*. Il n'y a de positif que les symptômes locaux, que les changemens de couleur, de température, de forme, d'action sensible, qui soient vraiment caractéristiques; mais encore faut-il y joindre l'examen des symptômes sympathiques, celui des causes, et même le résultat de l'action des médicamens. On puise des lumières dans l'histoire du régime habituel et des maladies antécédentes du sujet.

Jamais un seul symptôme ne suffit pour caractériser complétement une maladie; plusieurs même sont souvent encore équivoques. Souvent le symptôme idiopathique le plus décisif manque, tandis que le symptôme sympathique, le plus équivoque est le plus saillant. La maladie continue fort souvent quand déjà les symptômes, qui pourraient la faire reconnaître, n'ont plus lieu. Un grand nombre de symptômes peuvent dépendre d'affections différentes et de différens organes.

Qui croirait que pendant des siècles on s'est borné à l'étude des symptômes pour toute base du diagnostic, et par conséquent de la pathologie, ainsi que de la thérapeutique; que les médecins qui ont cherché de bonne foi à pénétrer au delà des

symptômes, à en chercher la cause prochaine, ont été blâmés sans restriction par ceux qui s'arrogeaient le titre d'hippocratistes et de praticiens; tandis qu'on n'aurait dû blâmer que les hypothèses qu'ils imaginaient à défaut d'observations que l'anatomie pathologique n'avait pu leur fournir? Aussi que d'efforts impuissans pour grouper les symptômes les moins importans, les moins constans, autour des plus caractéristiques, des plus fréquemment observés, dans l'espoir d'arriver à distinguer, à dénombrer, à caractériser les maladies! Combien de discussions pour savoir si les symptômes faisaient partie ou non de la maladie!

Aujourd'hui, pour tous les bons esprits, les symptômes ne sont que les caractères appréciables, pendant la vie, des organes malades; ils sont *idiopathiques* quand ils ont lieu dans l'organe primitivement lésé; ils sont *sympathiques* quand on les observe dans un organe plus ou moins éloigné de celui-ci.

Coste divise les symptômes en *subjectifs* ou sensibles pour le malade, et *objectifs* ou sensibles pour le médecin; distinction ingénieuse et méthodique.

Bayle les divisait en *physiques* et en *vitaux*: les seconds consistant dans un dérangement de fonction, sans lésion appréciable de l'organe, et cessant avec la vie; les premiers consistant dans une modification de l'aspect de la partie, susceptible de persister après la mort. Il rangeait l'épaississement parmi ceux-ci, la rougeur des joues parmi ceux-là; c'est dire assez qu'il y avait incohérence dans sa classification.

Une division naturelle est celle en symptômes de la *forme* et symptômes de l'*action* des organes malades.

On appelait, il y a encore peu de temps, *symptômes généraux* ceux qu'aujourd'hui on désigne avec plus d'exactitude sous le nom de symptômes *sympathiques* ou *secondaires*.

Les symptômes accompagnant la maladie, on ne peut dire, sans inexactitude, *symptômes précurseurs*, *consécutifs*.

La connaissance des symptômes, la *symptomatologie*, est une des bases de la science du *diagnostic*, puisque les symptômes sont tous des *signes* qui révèlent plus ou moins la nature et le siége du mal.

Il importe de s'accoutumer à discerner avec rapidité les symptômes, à les distinguer des phénomènes de la santé. Cette distinction n'est pas toujours facile; ce qui est normal chez un sujet, est morbide chez un autre; par exemple, le pouls est naturellement lent chez l'un, fréquent chez l'autre, quoique tous deux soient exempts de maladie. Souvent aussi on prend pour des signes de l'état normal, des phénomènes d'un état morbide chronique latent.

L'ordre à suivre dans l'examen des symptômes a été indi-

qué à l'article DIAGNOSTIC, et il a été fait mention d'eux aux articles POULS, RESPIRATION, etc., enfin, à l'occasion de chaque organe et de chaque fonction.

Il est encore beaucoup de symptômes rangés au nombre des maladies, faute d'une connaissance suffisamment approfondie de la nature et du siége de celles-ci. C'est ici qu'il faudrait préférer un nom insignifiant à celui d'un simple phénomène, d'un symptôme; mais l'usage a prévalu, et l'on range l'*asthme*, l'*hydrophobie*, l'*amaurose* parmi les maladies, tandis que ce ne sont que des symptômes de fonction.

SYNARTHROSE, s. f., *synarthrosis*; sorte d'articulation dans laquelle les os sont unis ensemble par une disposition particulière de leurs surfaces, ou par une substance intermédiaire, de telle sorte qu'ils se trouvent fixés d'une manière invariable, et qu'ils ne peuvent exécuter aucun mouvement l'un sur l'autre. On distingue la synarthrose en *gomphose* et en *suture*.

SYNCHONDROSE, s. f., *synchondrosis*; jonction de deux os au moyen d'un cartilage intermédiaire, disposition qu'on retrouve dans l'articulation du sphénoïde avec l'occipital, dans celle des os plats les uns avec les autres, enfin quelquefois dans celle de la première côte avec le sternum.

SYNCOPAL, adj., *syncopalis*, *syncopticus* : relatif à la syncope, caractérisé ou causé par la syncope. La *fièvre syncopale* est une variété, ou, si l'on veut, une espèce de *fièvre pernicieuse* intermittente ou rémittente. C'est la cinquième de Torti. La syncope accompagne souvent la cardialgie, dans la fièvre pernicieuse tierce; mais elle est parfois le seul caractère distinctif et saillant de cette fièvre. Sans éprouver aucune douleur, et sans cause apparente, le sujet languit, est faible, abattu, et il s'évanouit, soit qu'il veuille se tourner d'un côté sur l'autre, soit seulement qu'il lève un bras ou essaie de déplacer sa main; le pouls est déprimé, petit, accéléré, intermittent, le cou et le front sont couverts d'une sueur ténue, les yeux sont caves, ternes, la vue obscurcie, la faiblesse extrême et telle, qu'on est obligé d'avoir sans cesse recours aux odeurs excitantes pour le ranimer et l'empêcher de retomber sans cesse en syncope. Si ces symptômes apparaissent durant la période d'accroissement ou dans le plus haut degré de l'accès, quoique l'intermission suivante soit calme, le malade est en danger.

Le cœur est-il principalement affecté dans cette fièvre? N'est-ce qu'une gastro-entérite avec concentration violente sur l'appareil digestif? Tout nous paraît annoncer qu'alors même que cet appareil et l'organe de la circulation seraient affectés, ce qui a certainement lieu pour le cœur, la suspension, la

diminution des battemens de ce viscère, ne peuvent avoir lieu sans une diminution de l'influx cérébral, à moins qu'elle ne soit l'effet d'une irritation cardiaque portée au plus haut degré; et que toute irritation avec accès intermittens peut la produire en agissant sur le cerveau.

Toute émission sanguine est évidemment contre-indiquée dans l'accès d'une fièvre syncopale. La saignée générale serait dangereuse; la saignée locale, en quelque lieu qu'on cherche à la provoquer, ne pourrait s'effectuer, ou serait inutile, ou même dangereuse. Il faut employer les boissons aqueuses éthérées, aromatisées. S'il est des fièvres pernicieuses durant l'accès desquelles on peut donner le quinquina, ou mieux le sulfate de quinine, c'est dans celle-ci. On le donne avec activité dans l'intermission, quitte à recourir aux émissions sanguines locales modérées, si les accès suivans offrent une vive réaction.

SYNCOPE, s. f. : perte subite de connaissance et du mouvement, avec refroidissement de tout le corps, sueur froide et suspension du pouls.

Sous le nom de *défaillances*, Sauvages comprenait les maladies dont le principal symptôme était une diminution considérable des forces vitales, la faiblesse du pouls et de la respiration; il en voyait la source constante dans le cerveau; et il y ralliait : la *faiblesse des membres*, *asthenia*, *debilitas* ; la *lipothymie*, *animi deliquium*, accablement subit et momentané, le pouls demeurant le même, et le sujet conservant sa connaissance, avec tintement d'oreille, chaleur, vertige, et sentiment de perte imminente de connaissance; l'*évanouissement*, *syncope*, caractérisée par la diminution subite des forces vitales et animales, de la respiration, du pouls, du mouvement musculaire, de la chaleur naturelle et par l'obscurité de tous les sens, de sorte que les malades perdent connaissance pendant quelque temps, et la vie s'éclipse; et l'*asphyxie*.

J.-P. Frank a distingué quatre espèces de syncopes : l'*éclyse* ou *resolutio*; la *lipothymie*, ou *animi deliquium*; la *syncope*, ou *collapsus*; et l'*asphyxie*, ou *mors apparens*. La première est un léger évanouissement, sans perte complète du sentiment et du mouvement; la seconde est une perte subite de la connaissance et des forces musculaires, le pouls continuant à battre, et la connaissance persistant; la troisième est la suspension de la connaissance, du mouvement musculaire, circulatoire et respiratoire, et de la chaleur; la quatrième est la suspension du mouvement circulatoire. Tout cela avait été confondu par Cullen sous le nom d'*adynamie*, auquel Pinel a donné une autre signification plus vague encore. J. P. Frank remarque avec raison qu'il n'est pas possible d'établir des dif-

férences bien positives entre ces divers degrés d'un même état.

Sauvages reconnaît avec Mercado et Mercuriali que la lipothymie n'est que le premier degré de la syncope; cependant il admet que, dans celle-ci, la maladie commence par le cœur, tandis que, dans celle-là, la tête est prise la première. Telle était l'opinion de Mercado. Il est évident que l'asthénie des membres est un état toujours plus durable que la lipothymie et la syncope, et dans lequel il n'y a ni perte de connaissance, ni vertige, et qu'il faut par conséquent l'en éloigner. L'éclyse n'est pas autre chose que la perte du mouvement musculaire, et l'asphyxie est considérée comme une mort apparente par suspension de la respiration.

Bichat avait consacré l'idée que la syncope est une affection du cœur, lorsque Georget a cherché à démontrer que cet état n'est qu'une cessation complète des fonctions du cerveau, primitivement cérébrale dans la plupart des cas, comme à la suite des affections morales et dans les névroses cérébrales. La preuve, c'est que lorsqu'une personne éprouve subitement une vive douleur, si son cerveau est irritable, elle perd connaissance, ses forces lui manquent, et le cœur suspend quelquefois son action; elle accuse une sensation qui a parculièrement son siége dans l'estomac, puisqu'il y a de fréquentes envies de vomir, des vomissemens avant, pendant ou après la défaillance; ensuite, pour faire cesser la syncope, on excite les organes des sens, celui de l'odorat, on jette de l'eau à la figure. Selon Bertin et Bouillaud, la syncope est la paralysie du cœur.

Il nous paraît que toutes ces opinions sont peu justes, parce qu'elles sont trop étroites. Toute affection subite et violente d'un organe quelconque peut provoquer la syncope, et le siége de la cause prochaine des phénomènes principaux de cet état est l'encéphale. La contusion violente d'un nerf sous-cutané, une vive douleur quelconque, la pression d'un testicule, la contusion d'une mamelle, la percussion du globe de l'œil, un sentiment de morsure à l'estomac, un sentiment agréable ou pénible très-vif, la vue d'un objet aimé ou odieux, l'audition des sons de l'harmonica, l'olfaction de l'arome des fleurs, peuvent donner lieu à la syncope. A l'égard du cœur, les douleurs vives ressenties vers cet organe, son état de dilatation, les obstacles opposés à l'impulsion qu'il communique au sang, la saignée, les hémorragies, l'occasionent très-souvent. Ainsi, la syncope est toujours cérébrale, mais elle est primitivement ou cérébrale ou gastrique, selon le siége de l'impression, de la modification qui la détermine. Les poisons stupéfians, les miasmes agissent probablement sur le cœur avant d'exercer aucune influence sur le cerveau.

Quand la syncope n'est pas tout à fait subite, le sujet éprouve un malaise indicible; sa vue s'obscurcit, ses yeux lui semblent être couverts d'un voile, les oreilles tintent, les objets environnans semblent se mettre en mouvement, le visage pâlit, ainsi que les lèvres; la conscience de l'existence diminue peu à peu en même temps que le sentiment de malaise, la sensibilité cesse, le corps se couvre de sueur, puis se refroidit, les muscles cessent de se contracter, les articulations fléchissent, le pouls et la respiration s'arrêtent. Quelquefois, de cette mort apparente, le sujet passe à la mort réelle. Le plus souvent cet état ne dure que quelques minutes, mais il n'est pas rare de le voir durer un demi-quart d'heure, un quart d'heure, une heure et même davantage, diminuer d'intensité, puis recommencer ou même cesser tout à fait, puis se renouveler. Quand le sujet revient à lui, son premier sentiment est rarement pénible; il est quelquefois plein de charme; témoins Montaigne et Rousseau, puis revient le sentiment de malaise et même de douleur; le sujet se sent accablé, il a froid, sa vue se débrouille peu à peu; il lui semble que son corps est brisé; il demande d'où il vient, ce qui s'est passé; ses membres sont tremblans, et ce n'est que peu à peu, et dans l'espace de quelque temps, qu'il reprend toute sa connaissance, ses mouvemens; le pouls et la respiration reparaissent avant le sentiment et la conscience de soi-même.

Cet état est toujours effrayant; il est commun chez les femmes, rare chez les hommes, plus encore chez les enfans, moins rares chez les vieillards; on l'observe pour la plus légère cause chez les sujets qui jouissent de beaucoup de sensibilité; il est très-fréquent chez les sujets affectés de maladie du cœur, des gros vaisseaux, du péricarde, de la plèvre, du poumon, chez les hydropiques. Il est souvent simulé par les femmes, et l'état du pouls, ainsi que celui de la peau du visage, décèlent alors la supercherie.

On s'empresse toujours beaucoup auprès d'une personne qui éprouve une syncope, parce que celle-ci est l'image d'une mort subite qui la termine quelquefois. Le premier soin est de dénouer ou couper les cordons, de déboutonner les habits, de couper, d'enlever les jarretières, de desserrer le corset. En même temps le sujet sera couché horizontalement, la tête non soulevée, sur un matelas, un lit sans oreiller, sur une table, une banquette, ou même par terre, afin de rappeler, par cette position, le sang vers la tête; mais il faut pour cela ne pas confondre la syncope avec l'apoplexie, car, dans cette dernière, une semblable position pourrait devenir mortelle.

Ensuite on frappe dans les mains, on jette de l'eau froide

au visage, on place sous le nez des substances d'une odeur forte et pénétrante, irritante même, telles que les acides, les alcooliques, les sels volatils, l'ammoniaque ou la fumée. On entr'ouvre les paupières, et l'on approche de l'œil une lumière; on introduit dans la bouche quelques gouttes d'un liquide tonique, mais il ne faut avoir recours à ce moyen qu'avec réserve, afin qu'il ne tombe pas de liquide dans le larynx; rarement on s'adresse à l'oreille, on pourrait cependant le faire à l'aide d'une clochette, d'une crécelle. Le sujet doit être porté en plein air, ou du moins les fenêtres seront ouvertes; on frotte les mains, on essuie la sueur avec des linges chauds; on place les pieds dans l'eau très-chaude. Rhazès fit revenir un sujet probablement tombé en syncope, en le faisant battre de verges, moyen bizarre qui fut efficace.

Quand le sujet commence à reprendre connaissance, on le rassure, sans laisser paraître qu'on a pu être inquiété de son état.

Lorque la syncope paraît vouloir se renouveler, il faut employer sur-le-champ un révulsif douloureux, tel qu'un bain de mains très-chaud.

Quand la syncope est le symptôme d'une maladie quelconque, et qu'elle revient de temps à autre, il faut remonter, autant que possible, à la cause organique de ses retours, et la combattre autant que faire se peut.

Il est des syncopes intermittentes; Casimir Medicus rapporte, d'après Metus, qu'elle revenait, chez un garçon d'onze ans, à huit et à onze heures le matin, à deux et à cinq heures après midi, chaque jour. Bacon, selon Mead, était sujet tous les mois à une défaillance que rien ne lui faisait prévoir. Schulzens parle d'une jeune fille qui éprouvait, chaque année, le sixième mois, une syncope avec grande anxiété précordiale, et terminée par une sueur abondante. Une femme, selon Bauer, éprouvait des syncopes depuis le commencement de sa grossesse jusqu'au milieu de son terme; elles finissaient par un hoquet; sept fois elle fut enceinte, et présenta cette particularité. Ovelgunn rapporte, au contraire, qu'une femme sujette à des défaillances avant d'être mariée, y redevenait sujette toutes les fois qu'elle cessait d'être enceinte. Henri de Heer a connu une jeune fille qui tombait en syncope chaque fois qu'elle entendait le son d'une cloche. Wedel, Blancard et Limprecht, ont observé des syncopes irrégulièrement périodiques. Il n'est pas rare de voir des faits de ce genre.

La syncope survient souvent au début des maladies aiguës, parfois dans leurs cours, souvent au déclin, aux approches de la mort et dans la convalescence. On conçoit que cet état, qui est sans danger chez un sujet nerveux mais bien portant d'ail-

leurs, mérite beaucoup d'attention chez un malade. On l'observe aussi dans les maladies chroniques, dans l'hystérie, l'hypochondrie, le scorbut, la phthisie, etc.

Enfin, la syncope est le phénomène le plus saillant et caractéristique d'une variété de la fièvre PERNICIEUSE qui, à cause de cela même, a reçu le nom de SYNCOPALE.

SYNCRANIEN, adj., *syncranianus*: épithète donnée quelquefois à la mâchoire, parce que des sutures très-solides l'unissent au crâne.

SYNDROME, s. m., *syndrome*, *collectio symptomatum*; série de symptômes appartenans à un état morbide; ainsi on disait jadis *syndrôme bilieux*, *pituiteux*; pourquoi ne dirait-on pas *syndrôme inflammatoire*, *syndrôme gastrique*, au lieu de *maladie inflammatoire*, *maladie gastrique*, quand on n'entend parler que des symptômes de l'inflammation ou de ceux de l'estomac?

SYNÉCHIE, s. f., *synechia*, *synezizis*: adhérence de l'iris avec la cornée transparente. Cette anomalie, rarement congéniale, s'établit le plus souvent à la suite d'une inflammation de la cornée ou des parties profondes de l'iris, et il est fort rare qu'elle occupe toute l'étendue de l'iris. On la reconnaît sans peine à l'obliquité du plan de l'iris, dont la portion adhérente paraît porter en devant, et demeurer immobile, ainsi que la partie correspondante de la pupille, tandis que le reste de cette dernière est plus ou moins déformé et gêné dans ses mouvemens. La synéchie est incurable; il y aurait même plus que de l'imprudence à tenter d'y porter remède. L'extrait de belladone a cependant été employé en pareil cas, dans l'espoir que, en excitant la dilatation de la pupille, il produirait la rupture de ces adhérences.

SYNERGIE, s. f., *synergasma*, *cooperatio*. Coaction de plusieurs organes pour l'accomplissement d'une fonction. Barthez donnait le nom de synergie au concours d'actions simultanées ou successives des forces de divers organes, concours tel, que ces actions constituent par leur ordre d'harmonie ou de succession, la forme propre d'une fonction de la santé ou d'un genre de maladie, comme, par exemple, la forme générique d'une excrétion ou d'une inflammation. Il résulterait de cette longue définition, que les efforts des muscles dans l'expulsion des selles, et la fièvre hectique qui survient à un ulcère ne seraient pas des phénomènes sympathiques. On voit de suite qu'il y a subtilité et obscurité dans la distinction que Barthez établit entre la synergie et la SYMPATHIE. Vouloir restreindre l'emploi du premier de ces mots à l'état physiologique, et celui du second, à l'état pathologique, est une idée ingénieuse et admissible, proposée par Reis.

SYNOQUE, adj. et subs., *synochus*, *synocha*, *continens*, *continuus*. On appelait jadis ainsi les fièvres continues sans exacerbations, et l'on donnait le nom de *synèque* aux fièvres continues avec exacerbations, aujourd'hui nommées *rémittentes*. La synoque était divisée en *non putride* ou *synocha* et *putride* ou *synochus*; la synocha était subdivisée en *sanguine* et en *bilieuse*, ou *causus* : aujourd'hui, la synoque non putride sanguine est appelée *fièvre inflammatoire* ou *angioténique*, ou simplement *synoque*; la synoque non putride bilieuse porte les noms de *fièvre ardente*, *inflammatoire-gastrique* ou *gastro-inflammatoire*, et le synochus, méconnu par Pinel, est la *fièvre inflammatoire-adynamique* ou *fausse adynamique*.

Selle appelait fièvres *synoques* celles qui, ne présentant ni redoublement, ni rémission, ne forment qu'un seul et même accès depuis l'invasion jusqu'à la terminaison. Il les divisait en *inflammatoire* et *putride* : il assignait à la première pour caractères, une croûte blanche ou grisâtre sur le sang, peu ou point de sérum; un pouls dur, plein, fréquent; la langue aride, quelquefois blanche; la peau sèche dès l'invasion; l'urine rouge avant la coction, briquetée vers le déclin, et trouble avec un sédiment rouge pulvérulent. Sous la dénomination de fièvre inflammatoire, il ralliait celle qui est sans inflammation locale et celles qui en sont accompagnées.

La fièvre inflammatoire, dit Stoll, saisit très-souvent ceux qui se portent le mieux, sans signes avant-coureurs ou avec peu et de courte durée. Elle commence par un froid vif, suivi d'une chaleur constante qui ne s'augmente pas, qui paraît au contraire plus douce au toucher : le pouls est plein, fort, dur, accéléré; parfois, au contraire, il est concentré et fallacieusement mou, surtout si une forte douleur se fait violemment sentir quelque part; la face est rouge, vultueuse; les yeux brillans, avec tension et douleur des paupières; l'odorat est perdu; la langue blanchâtre ou très-rouge, humectée pourtant, à moins que la maladie ne soit très-grave et ne dure depuis long-temps : il y a sécheresse de la peau et des lèvres, soif, mal de tête, douleur des lombes et lassitude; le sommeil est entrecoupé et avec des rêves, ou, chez les petits enfans, il y a une somnolence habituelle, et, chez les enfans, il est mêlé de craintes et de frayeurs passagères. Chez eux aussi, ainsi que chez les personnes irritables, on observe des soubresauts dans les tendons et de légers mouvemens convulsifs dans les membres; du délire parfois et furieux; point d'évacuations alvines, ou rares et sèches; les urines en petite quantité et enflammées. La fièvre marche d'un pas uniforme, augmentant faiblement le soir et dans la nuit, sans froid cependant, et s'adoucit vers le point du jour : elle parcourt, sans interrup-

tion et sans période, quatorze jours ordinairement, quelquefois moins; de sorte que la plus légère se termine en vingt-quatre heures. Néanmoins, on observe aussi des fièvres inflammatoires chroniques de plusieurs mois, de plusieurs années. Elle est tantôt simple, et tantôt composée, quand une autre fièvre lui est jointe comme compagne, comme effet ou comme cause. La fièvre inflammatoire composée est la plus fréquente : elle se combine le plus ordinairement avec la bilieuse, la variole, la rougeole, la miliaire, les pétéchies, la scarlatine, l'érysipèle. La fièvre inflammatoire se cache aussi plus souvent qu'on ne le pense ordinairement sous la forme de la fièvre putride, ou se complique avec elle : de là les inflammations latentes, pernicieuses du poumon, des viscères abdominaux, dans la fièvre putride elle-même. L'inflammatoire simple, ainsi que la composée, est ou universelle et sans, ou avec inflammation locale de quelque partie. De là résultent les variétés de la fièvre inflammatoire soit simple, soit compliquée, qui sont la phrénésie, les angines, la gastrite, l'entérite, etc.

Borsieri ne s'est pas borné à indiquer les signes de la fièvre inflammatoire simple, il a donné ceux de celle qu'il appelle sanguine. Souvent, dit-il, le sang se porte avec violence sur la tête, l'arrière-bouche, la poitrine ou les viscères de l'abdomen, et produit certaines congestions presque inflammatoires; les symptômes relatifs à ces parties se manifestent avec plus d'évidence; la face est plus gonflée, plus rouge; la rougeur des yeux et le larmoiement sont plus marqués; la douleur de tête plus forte; les artères temporales battent; il y a du vertige, de l'assoupissement et du délire passager; la déglutition est gênée; il y a de la soif, sécheresse de la bouche, aridité de la langue. Si les poumons et la région précordiale sont devenus le siége de la congestion, la respiration est anxieuse, difficile, fréquente; il y a des palpitations de cœur, les forces et le courage sont abattus. Si le sang afflue vers l'estomac, il y a des nausées, des vomissemens, des envies de vomir et parfois du hoquet. La congestion du sang se dirige-t-elle vers les tuniques des intestins, le ventre est gonflé et douloureux; il y a constipation ou diarrhée de matières liquides et fétides : si elle a lieu dans les artères du mésentère et les rameaux de la veine-porte, le sujet ressent une douleur fixe vers la première vertèbre lombaire; il prend une attitude inaccoutumée dans son lit, il jette çà et là ses membres; enfin, si la moelle de l'épine est le siége de la congestion, on observe de la torpeur, de la langueur, et même des convulsions dans les membres.

En nous bornant à l'exposition des idées de ces trois auteurs sur la fièvre inflammatoire, il est aisé de voir que, jusqu'à la fin du siècle dernier, tout en admettant une synoque essen-

tielle, universelle, on se gardait bien d'en isoler complétement les inflammations, et que même dans cette fièvre, en l'admettant comme primitive, on signalait des congestions presque inflammatoires, dont on indiquait fort bien les caractères, si l'on a égard à l'époque.

J. P. Frank dérangea cette tendance et fit rétrograder la science. La fièvre continue-inflammatoire survient, dit-il, fréquemment d'une manière subite et inopinée : un frisson fort et intense, quelquefois léger ou nul, ouvre la scène; il est suivi d'une chaleur qui d'abord donne au toucher un sentiment de brûlure, se modère bientôt, quoique la température s'élève au plus haut degré; le pouls est fréquent, vibratile, fort et dur, souvent opprimé par la surabondance du sang, le spasme ou la douleur; gonflement et rougeur universelle de la peau, surtout de la face; rougeur, éclat brillant des yeux; sécheresse des lèvres et de la bouche; langue humectée dès le principe, aride et rouge dans les progrès; sécheresse extrême des narines; abolition presque totale de l'odorat et du goût; soif intense; céphalalgie fixe; aucune saveur désagréable à la bouche; quelquefois nausées, vomituritions de peu de durée ou vomissement; respiration à peine difficile, mais fréquente, anhéleuse et chaude; pesanteur et lassitude dans les membres; chez les enfans, somnolence, assoupissement ou convulsions; insomnie, songes effrayans, quelquefois délire frénétique avec battemens forts du cœur et des artères temporales, chez les adultes; urine ardente, rare, enflammée ou rouge; déjections sèches et difficiles; transpiration presque nulle; hémorragie nasale; sang tiré de la veine plus rouge et plus ferme, mais, au bout de quelques jours, couvert d'une couenne dense, jaunâtre, solide, entourée d'une sérosité abondante.

Déjà, dans ce tableau, les symptômes indiqués par Borsieri, comme signes de congestions presque inflammatoires ont disparu. Mais ce n'était point encore assez : la fièvre inflammatoire n'était pas encore assez proche de l'idéal ou terme moyen que Pinel s'est proposé d'atteindre dans ses descriptions. Il admit, en la blâmant, la division de la synoque en putride et non putride, mais il remplaçait ces deux dénominations de Galien par celles de *fièvre angioténique* et de *fièvre adynamique*. Il combattit avec raison les hypothèses des humoristes sur l'épaississement inflammatoire et l'état phlogistique du sang; mais, en attaquant l'idée d'une diathèse inflammatoire, il prépara, sans le vouloir, le triomphe de la thérapeutique brownienne, quand il croyait n'assurer que celui de l'analyse appliquée à la médecine. La complication de la fièvre inflammatoire avec les inflammations locales, admise et consacrée par Selle, et qui n'était guère qu'un simple rapprochement, lui parut sinon impossible, au moins difficile à distinguer; il

ne réfléchit pas que la véritable difficulté était de savoir en quoi une fièvre inflammatoire pouvait différer d'une inflammation locale : aussi n'hésitait-il pas à placer les inflammations traumatiques parmi les causes de la fièvre inflammatoire; incohérence frappante aujourd'hui, mais qui alors ne frappa personne. Prenant, pour ainsi dire, la fleur des symptômes de toutes les maladies décrites par les auteurs sous le nom de fièvre inflammatoire, il en fit le résumé suivant, le plus court, le plus complexe et le moins naturel de tous ceux qu'on en avait tracés. Suivant lui, les symptômes de cette fièvre sont : langue blanche ou rouge, goût douceâtre, soif très-vive, dégoût pour les substances animales, constipation, ou déjections alvines rares et sèches; pouls plein, fort, dur et fréquent, quelquefois cependant mou et concentré; battemens très-développés des artères carotides et temporales; gonflement des veines; hémorragies par le nez, l'utérus; rougeur et gonflement de tout le corps et surtout de la face; respiration fréquente et chaude, quelquefois difficile; chaleur halitueuse, douce au toucher, et qui paraît diminuer par la pression; transpiration habituelle; urine d'abord foncée en couleur et peu abondante, puis déposant un sédiment blanc, léger et homogène; sensibilité des organes des sens augmentée; éblouissement et vertiges; vision apparente de corps éclatans et enflammés; yeux brillans; odorat émoussé; céphalalgie obtuse et gravative; somnolence ou délire; sommeil entrecoupé de rêves, sentimens de lassitude spontanée, de douleur, de pesanteur et d'engourdissement dans les membres.

Avant que Frank et Pinel eussent continué les travaux des anciens, Brown avait dit, sans presque être entendu, que la synoque n'était rien autre chose qu'une phlegmasie composée d'une diathèse sthénique insuffisante pour allumer une inflammation, et d'une pyrexie. Qu'est-ce, dit-il, que la péripneumonie ou le rhumatisme, ou toute autre phlegmasie, sinon une synoque avec une diathèse qui est assez forte pour produire une inflammation? Plus tard, Tommasini dit formellement à ses élèves : La fièvre continue est toujours entretenue par un travail inflammatoire. Il leur parla de la propagation de ce travail à tout le système des vaisseaux artériels, de maladies universellement locales provenant de substances irritantes entraînées dans le torrent de la circulation, enfin, de l'angioïte diffuse, maladie universellement organique quand elle est très-intense. Déjà Reil avait attribué la fièvre synoque à l'irritabilité augmentée des vaisseaux, comme autrefois Boerhaave et Borsieri, à la stimulation du cœur et des vaisseaux; J. P. Frank avait trouvé des traces de cardite et d'artérite à la suite de la fièvre inflammatoire; lorsqu'enfin Broussais déclara que, suivant lui, on ne pouvait considérer le groupe de symptômes

auquel les auteurs ont donné le nom de fièvre inflammatoire, comme indiquant une fièvre essentielle; que le mot de fièvre angioténique ne donnait l'idée que d'un groupe de symptômes appartenans à quelques-unes des nuances de l'irritation des voies digestives; qu'il ne représente qu'un petit nombre d'effets d'une affection locale, empêche d'en reconnaître d'autres, et conduit à une pratique hasardeuse et funeste.

« Si, dit-il, l'irritation était au même degré dans tout l'appareil sanguin pendant la prétendue fièvre inflammatoire, tous les vaisseaux rouges seraient enflammés ou aucun ne le serait. Les signes de l'inflammation des vaisseaux ne peuvent être perçus que pendant la vie ou après la mort : pendant la vie, l'examen du malade prouve que les capillaires de la peau, du tissu cellulaire et des articulations, ne sont pas dans un état de phlegmasie; s'ils y étaient, on aurait ou les symptômes de l'érysipèle, ou ceux des autres phlegmasies cutanées, ou un phlegmon général, ou les signes du rhumatisme et de la goutte. Ces symptômes n'existent pas; donc il n'y a point d'inflammation dans les tissus dont le squelette est enveloppé. Les phlegmasies du cerveau, de la poitrine, du péritoine, du foie, de la rate, des reins, de l'utérus, n'ont pas lieu, car on n'en observe aucun signe; mais les signes de la phlegmasie de la membrane muqueuse des organes digestifs existent, pendant la vie, dans cette fièvre, ce sont l'anorexie, la soif, la rougeur de la pointe et du pourtour de la langue, la céphalalgie, les douleurs contusives et l'inaptitude à l'exercice des muscles de la locomotion. »

Après avoir admis, avec tout le monde, un état inflammatoire dans la fièvre qui porte ce nom, et, avec Broussais, que cet état n'est point général, nous nous sommes attachés à démontrer qu'il est tombé dans une grave et étrange erreur, en ne voyant qu'une gastro-entérite dans cette fièvre. Il n'y voit pas, dit-il, de symptômes d'érysipèle, de phlegmon, de goutte ni de rhumatisme : mais il voit la coloration, la turgescence de la peau chez un sujet; en comprimant les membres chez un autre, il développe une vive douleur; les articulations causent des souffrances notables à un troisième, et, s'il n'y a pas chez eux arthrite, myosite, phlegmon, érysipèle, on ne peut nier que la peau ne soit surexcitée, irritée chez le premier, le tissu cellulaire chez le second, les articulations chez le troisième. Un seul signe suffit à Broussais pour déclarer qu'il y a gastro-entérite : il ne lui faut pour cela que voir une langue rouge à sa pointe; et il nie l'inflammation d'une partie évidemment rouge ou douloureuse. Pourquoi tant d'indulgence pour lui-même et tant de sévérité pour les autres?

De ce que, dans le tableau général des phénomènes de la

fièvre inflammatoire, on a fait entier les signes de l'irritation gastrique, il en conclut que cette irritation existait dans tous les cas particuliers auxquels on a donné le nom de cette fièvre. C'est une erreur; car ne sait-il pas qu'il suffit qu'une seule personne ait envie de vomir dans le cours d'une épidémie, pour que certains humoristes fassent entrer ce symptôme dans la description générale de la maladie régnante, et déclarent que celle-ci a un caractère bilieux? Les médecins physiologistes donneront-ils donc dans un pareil excès? et la médecine se balancera-t-elle toujours entre des vérités tellement généralisées, qu'elles en deviennent des erreurs?

Broussais dit que les signes de la gastro-entérite existent parmi les phénomènes de la fièvre inflammatoire; mais ceux de l'irritation, de l'inflammation même de l'arachnoïde, y existent également et bien mieux marqués. Qu'aurait-il donc à répondre à celui qui prétendrait que cette fièvre n'est qu'une inflammation des membranes séreuses, *surtout cérébrale*? Il dit que ses confrères ne connaissent pas les signes de l'irritation gastrique; ses confrères auraient dû lui répondre qu'il ne connaît pas ceux de l'irritation encéphalique, arachnoïdienne, pleurétique, hépatique, splénique, rénale, puisqu'il les voit dans la fièvre inflammatoire sans en apprécier la valeur. Hoffmann et Borsieri ont été plus clairvoyans. Il est assez curieux que Broussais exige tous les signes indiqués par ses prédécesseurs, quand il s'agit d'établir contre lui l'existence d'une arachnoïdite du foie, des reins, de l'utérus, tandis qu'il veut qu'on se contente de quelques signes sympathiques, quand il affirme qu'ils indiquent la gastro-entérite.

Nous nous sommes attaché à démontrer, pour la première fois, dans le Journal universel des sciences médicales, et ensuite dans notre Pyrétologie, que la fièvre inflammatoire n'est pas toujours une gastro-entérite, parce que, dans toutes les maladies qui portent ce nom, il n'y a point la soif, la rougeur des bords et de la pointe de la langue, la sensibilité et la douleur épigastriques, qui sont les signes non équivoques de la gastro-entérite; parce que l'anorexie n'est pas constante, et que, eût-elle toujours lieu, elle ne prouverait rien isolément, car elle n'est point un signe irrécusable de gastrite; parce que la céphalalgie offre souvent, dans la synoque, des caractères tout autres que ceux de la céphalalgie produite par l'inflammation de l'estomac; parce que les douleurs contusives et l'inaptitude aux contractions, quand elles sont sympathiques, dépendent de l'encéphalite, non moins souvent que de la gastrite; et qu'enfin, lors même qu'il y a rougeur des bords et de la pointe de la langue, dégoût pour les alimens et soif, en un mot, gastrite non équivoque, il reste encore à décider si cette

irritation est primitive ou secondaire, simple ou compliquée.

En étudiant avec soin les symptômes de cette fièvre dans leur apparition et leur fréquence, ainsi que leur coëxistence, et en les ralliant aux organes dans lesquels on les observe; en n'oubliant pas qu'un organe qui est en rapport sympathique avec un organe malade, est malade lui-même et quelquefois davantage, on arrive à cette conclusion, que la fièvre inflammatoire est une irritation primitive ou sympathique d'un des points de la membrane muqueuse digestive ou respiratoire, de l'encéphale, de l'utérus, de la peau, d'une articulation ou du système musculaire, enfin, d'une ou de plusieurs parties du corps, ressentie par le cœur, ou du cœur lui-même; que cette irritation, se manifestant souvent par des symptômes locaux peu marqués, il faut apporter beaucoup d'attention pour la discerner au milieu des phénomènes sympathiques qu'elle occasione; que plusieurs organes peuvent être irrités assez fortement pour attirer presque également l'attention du médecin; qu'il importe de reconnaître le siége plus ou moins étendu de l'irritation, afin de prévenir ce qu'on appelle la terminaison de cette fièvre par l'inflammation, par une autre fièvre ou ses complications.

Après avoir décrit les diverses irritations qui, selon Broussais, entraient isolément ou combinées dans la production des phénomènes de cette fièvre, nous établîmes que l'irritation du cœur a lieu dans la fièvre inflammatoire, quel que soit l'organe irrité primitivement. Très-souvent l'irritation gastrique s'y joint : dans plusieurs cas, une irritation de l'encéphale se manifeste en même temps; dans d'autres cas, c'est de l'utérus que part l'impulsion donnée à l'organe central de la circulation, quelquefois le cœur est primitivement irrité.

L'appareil digestif étant le plus exposé aux causes morbifiques, parce que, de toutes les causes des maladies, les plus fréquentes sont celles qui dépendent des alimens et des boissons, et parce que la plupart des causes qui agissent sur la peau agissent sympathiquement de préférence sur les membranes muqueuses digestives, la gastro-entérite est le plus souvent la cause prochaine de la fièvre inflammatoire chez les adultes surtout, et elle doit être traitée d'après les principes que nous avons posés à l'article GASTRITE.

Il n'en est pas tout à fait de même chez les enfans; car, chez eux, l'encéphale n'est guère moins souvent affecté que l'estomac, peut-être même l'est-il plus fréquemment chez quelques-uns, chez ceux, par exemple, que l'on force à des études prématurées, ou dont on ne soulève point assez la tête dans leur sommeil. Chez les jeunes gens sobres, adonnés à l'étude des sciences qui exigent un grand travail cérébral, c'est de l'encé-

phale que part l'irritation. Le traitement doit être alors celui de l'ENCÉPHALITE.

A l'époque de l'adolescence, dans l'hiver, dans les pays humides et froids, c'est la membrane muqueuse bronchique qui donne lieu par son irritation au développement des phénomènes de la fièvre inflammatoire chez les sujets sanguins : il faut alors avoir recours aux moyens indiqués contre la BRONCHITE. Fort souvent la gastro-entérite se joint à l'irritation des voies respiratoires. Sur les hauteurs exposées au nord, et lorsque les vents froids soufflent avec force, l'irritation s'étend au poumon, à la plèvre; et c'est le cas d'appliquer la méthode thérapeutique indiquée dans la PLEURÉSIE et la PNEUMONIE.

Chez les femmes, par suite de la non apparition, du retard, de l'interruption ou de la cessation des règles, il arrive fort souvent que l'on observe, notamment chez les jeunes filles robustes, la nuance de la fièvre inflammatoire qui n'est qu'une de celles de la MÉTRITE.

Chez les sujets affectés d'une prédisposition du cœur aux irritations, chez ceux en qui cet organe bat pour la cause la plus légère, surtout quand ils sont en même temps très-sanguins, la fièvre inflammatoire peut n'être qu'une CARDITE, une PÉRICARDITE, une ARTÉRITE.

La réunion d'une vive gastro-entérite avec une cardite assez intense pour donner beaucoup de dureté au pouls, pas assez pour en arrêter les battemens, est sans doute la véritable cause prochaine des phénomènes du *causus*, ou fièvre *ardente* caractérisée par la réunion des symptômes de la fièvre inflammatoire la plus prononcée et de la fièvre gastrique la mieux caractérisée.

Il n'est pas rare de voir, aux phénomènes de vive irritation, de réaction énergique qui caractérisent la fièvre inflammatoire, succéder un grand abattement; le pouls devient, sinon faible, au moins embarrassé, opprimé, les phénomènes encéphaliques, gastriques ou utérins diminuent d'intensité, en apparence au moins, s'obscurcissent mutuellement par suite de leur complication; l'inflammation, qui n'occupait qu'un seul organe, s'est étendue à plusieurs; peut-être la phlébite y joue-t-elle alors un rôle, ou bien l'inflammation augmente dans le cœur, ou les artères centrales. C'est la fièvre adynamique fausse, dans laquelle la saignée relève le pouls, rend la connaissance, diminue l'abattement, rétablit les forces, de l'aveu de tous les observateurs.

Au lieu de nous borner à indiquer quelques-unes des phlegmasies qui, demeurant dans un certain degré d'obscurité, occasionent les phénomènes dont l'ensemble a été désigné sous le nom de fièvre inflammatoire, nous aurions pu les nommer

toutes, car il n'est pas une seule partie du corps dont l'irritation, plus ou moins intense, simple ou compliquée, ne puisse les occasioner.

Dès que nous avons eu émis cette opinion, plus pure que celle de Tommasini, plus physiologique et plus pathologique que celle de Broussais, elle a compté de nombreux partisans; les bons observateurs se sont plû à répéter que nous n'avions fait qu'exprimer l'opinion aujourd'hui la plus généralement adoptée; à cela se bornait notre ambition. Coutanceau et Rayer ont ensuite reconnu que « le groupe de symptômes appelé fièvre inflammatoire était une réunion toute artificielle des principaux phénomènes du premier degré des affections cérébrales, de quelques symptômes des irritations gastriques et pulmonaires, et qu'un grand nombre d'individualités, appelées fièvres synoques, ne pouvaient point être rattachées à ce tableau. » Malgré l'obscurité de ce dernier membre de phrase, on reconnaît aisément que ces auteurs pensent comme nous sur le siége et la nature de la fièvre inflammatoire.

Ayant observé, ainsi que Frank, des rougeurs à la surface interne du cœur et des gros vaisseaux, nous avions accordé un rôle assez important à l'irritation cardiaque dans la production de cette fièvre, ainsi qu'on vient de le voir, lorsque Bertin et Bouillaud établirent que l'aortite se compliquait avec les fièvres dites essentielles, aiguës ou chroniques, et qu'il existe presque toujours une irritation plus ou moins considérable de l'aorte, toutes les fois qu'il s'allume une fièvre extrêmement violente; mais qu'alors ce n'est pas seulement l'aorte, c'est le système vasculaire tout entier et le cœur lui-même qui participent à l'irritation; que, dans des cas de ce genre, ils ont constaté une rougeur très-prononcée sur la membrane du cœur, de l'aorte, de l'artère pulmonaire et des gros vaisseaux; qu'ils ont observé le ramollissement rouge du cœur dans les fièvres graves très-violentes. On ne saurait trop attirer l'attention des observateurs sur les faits de ce genre, parce qu'ils contribueront beaucoup à fixer l'opinion sur la nature de la fièvre en général, et des fièvres inflammatoires en particulier, lorsqu'elles seront en assez grand nombre.

Toujours est-il démontré que la fièvre inflammatoire n'est qu'une inflammation plus ou moins étendue, d'une ou de plusieurs parties quelconques, toujours vivement ressentie par le cœur. Toutes les causes en sont stimulantes; ce sont toutes celles qui peuvent accélérer le mouvement circulatoire, en produisant une irritation, soit à la peau, soit dans les membranes muqueuses, soit au cerveau, soit dans un parenchyme. La nourriture animale, les boissons spiritueuses, le café surtout y disposent les sujets pléthoriques. Tout dérangement dans

la circulation, la cessation, l'interruption, la non apparition des évacuations sanguines naturelles, et l'omission de celles dont on a contracté l'habitude volontaire, en sont la cause déterminante la plus efficace.

Mais la fièvre inflammatoire est-elle due à un état vraiment inflammatoire des organes qu'elle affecte, ou seulement à leur irritation? Chez les sujets dont le cœur est facile à émouvoir, dans la fièvre éphémère, le mal peut consister dans une simple irritation; mais, chez les sujets plus sanguins, plus robustes que sensibles, et lorsque la fièvre dure au delà de quelques jours, il ne faut pas douter que l'irritation, quelque équivoque qu'on la suppose, ne passe souvent au degré, à la fixité qui constituent l'inflammation.

A l'égard du traitement, il est à remarquer que, faute de s'être fait une idée exacte de la nature de cette fièvre, on a cru, et Pinel entre autres, qu'il suffisait, dans la plupart des cas, de l'abandonner, à son cours naturel, et qu'il fallait tout au plus faire quelquefois une saignée. Les médecins qui professent encore cette opinion, se demandent à quoi bon les nouvelles idées sur cette fièvre, et s'ils ne font pas assez pour l'humanité, en faisant quelquefois saigner leurs malades. En effet, cette pratique serait suffisante si le mal était toujours léger, peu étendu et sans danger; car alors il n'y a rien à faire quels que soient son siége et sa nature. Mais lorsqu'on a eu occasion de reconnaître qu'une irritation bornée à un organe, et se faisant seulement sentir sympathiquement à un faible degré au cœur, peut devenir la plus redoutable des phlegmasies, s'étendre à l'encéphale, se prononcer avec force dans l'estomac, arrêter même les battemens de l'organe qu'elle avait d'abord précipités, alors on reconnaît que l'expectation peut être dangereuse, et qu'elle est rarement indiquée, parce qu'il vaut mieux tirer un peu de sang à un malade dans un cas où il aurait guéri sans cela, que de hasarder ses jours en l'exposant au développement subit, à l'extension instantanée d'un mal qui peut arriver à un degré tel, qu'il ne soit plus possible d'entraver ses progrès.

Il faut donc tirer du sang, et ne pas craindre d'en tirer trop dans les irritations, et surtout les inflammations, qui se manifestent sous forme de fièvre inflammatoire. Le choix des émissions sanguines est important.

Mais cela ne suffit pas. Si l'appareil circulatoire offre le plus de signe d'irritation, l'ouverture de la veine doit être préférée. Peut-être celle d'une artère petite, superficielle, et placée de manière à pouvoir être vivement comprimée, serait encore préférable. La saignée doit être réitérée jusqu'à ce que le pouls cède. Si l'estomac, le cerveau, l'utérus sont irrités, des sang-

sues seront appliquées aux tempes, à l'épigastre, aux grandes lèvres. Si plusieurs organes sont irrités à la fois ou successivement, on emploiera en même temps les émissions sanguines locales sur divers points, et on les fera même alterner avec les bains de pieds, les lavemens. La diète sera toujours fortement indiquée, ainsi que le repos le plus parfait, et les boissons aqueuses, mucilagineuses ou acidules.

Les rechutes sont prévenues par un retour fort lent à une alimentation copieuse, à des exercices violens.

La fièvre inflammatoire épidémique doit être traitée d'après les mêmes principes. Il n'est rien de plus absurde que de prétendre qu'une maladie qui attaque trois cents sujets, doit être traitée autrement que celle qui n'en attaque que trois. Mais la méthode sera appliquée avec dicernement à chaque malade, et non d'une manière banale, empirique et routinière.

Ce n'est plus la qualité phlogistique du sang qu'il faut avoir en vue dans le traitement de la synoque, mais bien l'état organique vaste ou resserré qui en produit les phénomènes. En somme, le traitement de la synoque n'est que celui de toute irritation assez intense pour donner lieu à des symptômes d'une vive réaction, sans donner encore des marques locales manifestes de son existence, et elle n'a lieu aussi que par suite d'une prédisposition individuelle très-prononcée, ou de conditions atmosphériques encore assez mal déterminées, ou plutôt dont la succession n'a pas été bien étudiée.

On a beaucoup disputé pour savoir si la fièvre inflammatoire pouvait être rémittente et surtout intermittente. L'école de Boerhaave avait répondu affirmativement; celle de Pinel resta dans un doute qu'elle appelait philosophique. Aujourd'hui ce doute ne peut plus avoir lieu; car, puisque la fièvre inflammatoire n'est qu'une irritation locale continue, et la fièvre intermittente une irritation locale intermittente, et puisqu'il est des fièvres intermittentes qui sont caractérisées par des phénomènes circulatoires non moins prononcés que ceux de la fièvre inflammatoire, il est évident que celle-ci peut affecter le type intermittent. On l'observe avec ce type principalement au printemps, au point que beaucoup d'auteurs on dit que toutes les fièvres intermittentes printanières étaient inflammatoires. La pratique est venue justifier cette assertion, car il leur a paru évident que la saignée guérissait souvent ces fièvres sans le secours du quinquina, et que, lorsqu'elle ne suffisait pas, elle préparait le succès de celui-ci.

Si les fièvres intermittentes, et notamment celles qui se rapprochent de la synoque, pour la vivacité de la réaction, étaient plus généralement traitées par la saignée dans la période de chaleur, dès leur début, peut-être verrait-on moins

de fièvres pernicieuses dans les contrées où elles sont endémiques. Bailly a constaté que des inflammations profondes et permanentes forment, le plus ordinairement, le fond de ces fièvres, et il a dit ces paroles remarquables : que si l'on se bornait à un seul moyen, dans le traitement de ces maladies, la saignée serait peut-être celui qu'on devrait préférer à tous les autres. On a blâmé cette assertion, parce qu'on ne l'a point comprise. Ce médecin a voulu parler, non pas seulement de l'état du sujet dans les derniers accès, mais au début du mal, et l'on ne saurait trop méditer cette assertion si éminemment pratique.

SYNOVIAL, adj., *synovialis ;* épithète donnée à certaines membranes séreuses qui, bien qu'elles se rapprochent des autres sous le rapport de la forme et des fonctions, en diffèrent cependant assez, à certains égards, pour qu'on les considère à part. Elles sont connues sous les noms de capsules synoviales et de bourses muqueuses, suivant les rapports qu'elles ont avec des articulations ou avec d'autres organes.

La plupart de ces membranes sont unies à un os par une portion de leur circonférence, et cet os, dans l'endroit qui leur correspond, est couvert d'un cartilage auquel elles adhèrent avec plus de force que les membranes séreuses proprement dites ne le font avec les organes qu'elles tapissent.

Dans beaucoup d'entre elles, on rencontre des masses rougeâtres, surtout à leur extrémité libre, légèrement dures, et de formes diverses, que l'on désigne sous le nom impropre de *glandes de Havers.* Ces masses sont logées dans des replis particuliers de la membrane, et leur extrémité libre est presque toujours frangée. Beaucoup d'anatomistes les ont regardées et les regardent même encore comme l'organe sécréteur de la synovie. Meckel rejette cette opinion comme peu probable. Il se fonde sur ce que les membranes séreuses sécrètent fort bien, quoiqu'elles ne contiennent rien d'analogue aux prétendues glandes de Havers ; que ces dernières n'existent pas dans toutes les membranes synoviales, quoique toutes sécrètent de la synovie, et qu'il est surtout fort rare d'en trouver dans les bourses muqueuses des tendons dont la texture ne diffère pas de celle du tissu cellulaire ordinaire, rempli de graisse ; qu'elles ne sont pas glanduleuses, et que, quoiqu'elles aient parfois un volume considérable, on n'y découvre jamais aucune trace de conduit excréteur ; enfin, que les membranes séreuses proprement dites offrent, sur divers points, des prolongemens analogues, qui ne sont que des amas de tissu cellulaire rempli de graisse ou de sérosité, comme les appendices épiploïques du gros intestin.

Il est impossible, en outre, de révoquer en doute l'analogie

qui existe entre les capsules synoviales et les bourses muqueuses, puisqu'on voit quelquefois ces sacs s'ouvrir les uns dans les autres, disposition qu'il n'est effectivement pas rare de rencontrer à la hanche, à l'aine et au genou. De même on voit assez fréquemment des bourses muqueuses, voisines l'une de l'autre, communiquer ensemble, et les prétendues glandes synoviales des capsules articulaires, s'introduire dans les bourses muqueuses du voisinage. Cette communication atteste incontestablement qu'il y a identité entre les organes; autrement elle ne pourrait avoir lieu sans inconvénient. D'ailleurs, certaines capsules synoviales jouent en même temps le rôle de bourses muqueuses, puisqu'elles adhèrent à des tendons dans une portion de leur circonférence.

La plupart des capsules articulaires forment des sacs simples. Cependant on en connaît aussi quelques-unes qui représentent des sacs doubles, parce qu'il se trouve un cartilage intermédiaire entre les extrémités correspondantes des deux os. Les bourses muqueuses, qu'on peut distinguer en vaginales et vésiculeuses, d'après leur degré de complication, adhèrent, par l'une de leurs faces, à un tendon, et par la face opposée, à un os, à un tendon ou à un ligament. Des deux côtés, elles sont intimement unies aux organes situés au dessous d'elles, tandis que le reste de la circonférence est entouré d'un tissu cellulaire lâche et très-abondant.

Les bourses vaginales, ou gaînes muqueuses, de forme cylindrique, enveloppent complétement la portion du tendon avec laquelle elles se trouvent en contact. A proprement parler, elles constituent, comme les membranes séreuses proprement dites, deux sacs dont l'interne entoure le tendon, tandis que l'externe, plus étendu, tapisse les parties voisines, et se confond avec l'os sur lequel glisse ce dernier. C'est principalement sur le trajet des tendons longs et minces qu'on les rencontre, et quelquefois il n'y en a qu'une seule pour plusieurs, mais présentant autant de duplicatures ou de cloisons que l'on compte de tendons. Fréquemment aussi, l'on voit se porter du sac interne au sac externe de petits prolongemens qui paraissent ne servir qu'à augmenter l'étendue de la surface exhalante. Il n'y a point de glandes de Havers flottantes dans la cavité de ces gaînes, quoiqu'il s'amasse souvent beaucoup de graisse au milieu du tissu cellulaire qui les entoure. Elles sont beaucoup plus minces que les bourses vésiculeuses, mais toujours entourées de ligamens denses et solides, qu'on appelle gaînes tendineuses, et protégées en outre par des canaux osseux, tandis que les bourses vésiculeuses sont situées à découvert, et fortifiées seulement, dans certains cas, par une substance fibreuse disséminée à leur surface.

Ces dernières tirent leur nom de leur forme arrondie. Elles n'entourent pas complétement un tendon, comme les précédentes, mais se contentent de tapisser celle de ses faces qui regarde l'os, de sorte qu'elles forment des sacs simples. La plupart du temps, elles sont situées entre des tendons, ou entre un os et un tendon, mais quelquefois on les observe à la face externe de celui-ci. Il y en a, de plus, entre deux os mobiles l'un sur l'autre, entre deux portions de muscles, et même dans la substance des tendons. Les premières ne sont, à proprement parler, que des capsules articulaires, et elles parlent en faveur du rapprochement établi entre ces dernières et elles. Non-seulement plusieurs d'entre elles renferment, dans leur intérieur, des prolongemens ligamenteux, analogues à ceux des capsules articulaires, et qui forment souvent un tissu vésiculaire à leur face interne, mais encore on y trouve souvent, de même que dans celles-ci, des espèces de glandes de Havers, qui flottent librement, et qui sont plus ou moins frangées sur le bord.

La plupart des anatomistes s'accordent à dire que les membranes synoviales sont plus étendues dans les premiers temps de la vie que chez les vieillards, proportion gardée. Il ne paraît pas que cette assertion soit fondée; mais Ribes, Béclard, Bogros et Breschet ont fait une remarque fort importante, c'est que les bourses vésiculeuses ne sont pas aussi nombreuses chez l'enfant qui vient au monde que chez l'adulte, et qu'elles ne sont que le résultat de l'exercice des mouvemens.

Cette dernière circonstance explique pourquoi il arrive assez souvent qu'on ne rencontre point certaines bourses muqueuses sur des points où l'on a coutume d'en trouver, cas dans lequel elles sont remplacées par du tissu cellulaire, tandis que, dans d'autres circonstances, il y en a sur des points où l'on n'en voit communément pas. Le développement des membranes synoviales s'observe principalement à la suite des fractures et des luxations qui n'ont pas été réduites. Meckel range aussi, parmi ces répétitions accidentelles, les tumeurs cystiques, appelées ganglions, que l'on considère en général comme des congestions de synovie altérée dans des bourses muqueuses qui existaient primitivement; à son avis, on les rencontre trop souvent sur des points où il n'y a jamais de bourses muqueuses dans l'état normal, pour qu'on ne doive pas les regarder, au moins dans beaucoup de cas, comme de véritables formations accidentelles.

Le trop d'activité de l'action sécrétoire des membranes synoviales constitue l'HYDRARTHRE, quand il arrive dans les capsules articulaires. Ces membranes s'enflamment fréquemment. L'inflammation y marche en général avec beaucoup de len-

teur. Elle a pour résultat d'augmenter et d'altérer la sécrétion, et d'épaissir la membrane au point de lui faire acquérir quelquefois une dureté cartilagineuse. Cet état, joint à la suppuration et à diverses dégénérescences, assez mal étudiées jusqu'à ce jour, constitue la maladie que l'on désigne sous le nom de *tumeur blanche*. C'est à lui aussi sans doute qu'on doit rapporter les concrétions, presque toujours composées d'urate de soude, qui se forment dans les articulations à la suite des accès de goutte.

Malgré tout ce qu'on a dit jusqu'à ce jour, les maladies des membranes synoviales à l'état de simplicité sont encore peu connues. Qu'est leur inflammation dans le rhumatisme articulaire, dans la goutte, dans l'arthrocace? Il nous paraît qu'elles s'enflamment primitivement à la suite des marches forcées, du refroidissement de la peau; qu'elles s'enflamment sympathiquement dans plusieurs gastro-entérites, encéphalites, etc., dans le cours ou au déclin desquelles de vives douleurs se font sentir vers les articulations. Dans les cas de ce genre, on néglige sans raison de s'occuper de ces douleurs, sous prétexte qu'elles sont sympathiques, et pourtant elles dépendent parfois d'une inflammation qui va jusqu'à la suppuration. Il est à désirer que nous ayons enfin une bonne anatomie pathologique des membranes synoviales, mise en rapport avec la symptomatologie de l'ARTHRITE, rhumatismale ou goutteuse, aiguë ou chronique, avec ou sans hydropisie, ankylose, etc.

SYNOVIE, s. f., *synovia*: fluide transparent, visqueux, doux au toucher, filant entre les doigts, d'un blanc verdâtre, d'une saveur légèrement salée, et d'une saveur désagréable, que sécrètent les parois de toutes les membranes appelées synoviales. D'après les analyses qui en ont été faites par Margueron et par Davy, cette humeur est composée d'une grande quantité d'albumine, de gélatine, d'hydrochlorate et de phosphate de soude, le tout tenu en dissolution dans beaucoup d'eau.

SYNTHÈSE, s. f., *synthesis*: partie de la chirurgie qui s'occupe de réunir les parties divisées, et de les maintenir réunies, ou de rapprocher celles qui se sont éloignées.

On divise la synthèse en *synthèse, de continuité* et en celle *de contiguité*.

La première embrasse toutes les opérations qui ont pour but de réunir les parties, dures ou molles, dont une disposition congéniale ou un accident a détruit la continuité normale.

L'objet de la seconde est de rapprocher les parties molles ou dures qui doivent être contiguës, et qu'un accident a éloignées l'une de l'autre.

Ces distinctions, purement scolastiques, commencent à tomber en désuétude.

SYNTHÉTISME. Nous donnons ce nom à la génération des observations spéciales, au rassemblement des faits, à la méthode qui s'élève des notions fournies par les sens aux vues les plus élevées de l'esprit. Jadis on croyait assez faire en se servant d'un fait pour expliquer tous les autres, en érigeant un fait en loi. Ensuite, on a reconnu la nécessité d'étudier avec soin et en particulier chaque fait, et, avant d'en tirer aucune conclusion, de le comparer à ses analogues et à ceux qui en diffèrent davantage : c'est l'*analyse*. Puis on a très-abusivement donné ce nom à ce que nous appelons *synthétisme*, qui n'est que le *systématisme* pris en bonne part, et fondé sur des faits réduits en principes.

SYPHILIDE, s. f.; nom donné par Alibert aux altérations cutanées qui appartiennent à la classe des maladies vénériennes, ou que l'on regarde comme en faisant partie.

SYPHILIS, s. f., *syphilis*: nom collectif imposé à toutes les maladies vénériennes et à une foule d'affections qu'on y rattache à tort ou à raison. *Voyez* VÉROLE. Ce mot ayant été introduit dans le vocabulaire médical par Fracastor, qui l'a écrit *syphilis*, on ne peut adopter l'orthographe que Bosquillon propose (*siphilis*), d'après l'étymologie qu'il lui a plu de donner à un terme évidemment fabriqué par l'imagination du poète latin.

SYRINGOTOME, s. m., *syringotomum*: sorte de couteau en forme de faux, qui servait autrefois pour l'opération de la fistule à l'anus, mais auquel les modernes ont tout à fait renoncé. C'était un stylet inflexible porté au bout d'un bistouri tranchant sur sa cavité. On n'emploie plus aujourd'hui qu'un bistouri ordinaire.

SYSSARCOSE, s. f., *syssarcosis* : union de pièces osseuses entre elles, au moyen seulement de parties charnues, comme il arrive à l'hyoïde et à l'omoplate.

SYSTALTIQUE, adj., *systalticus* : épithète donnée aux mouvemens alternatifs de contraction et de dilatation que certaines parties du corps, telles que le cœur et les artères, sont susceptibles d'exécuter.

SYSTÉMATISME. Tout sert à l'intelligence dans sa marche éternelle, dit un publiciste célèbre; les systèmes sont des instrumens à l'aide desquels l'homme découvre des vérités de détail tout en se trompant sur l'ensemble; et, quand les systèmes ont passé, les vérités demeurent. Voilà ce qu'il importerait que les routiniers, qui se targuent du titre de praticiens, comprissent une fois; alors on les verrait cesser de déclamer contre les systèmes.

Qu'est-ce en effet qu'un système, sinon un certain ordre, un certain enchaînement dans les idées? Un système n'est pas bon par cela seul qu'il est étendu, mais plus sa base est large, plus il est utile. Un petit système décèle un esprit étroit et faux. Un système est mauvais parce qu'il repose sur des suppositions, sur des faits trop peu nombreux, ou sur un mélange de faits et d'hypothèses.

Les systèmes les plus défectueux qui ont tour à tour dominé en médecine, se réduisent à l'application indiscrète de la physique, de la mécanique, de la chimie, du mysticisme, de l'animisme, du dynamisme, à la science de l'homme dans l'état de santé et dans celui de maladie. De temps à autre, on renouvelle quelque tentative en ce genre pour replonger l'art de guérir dans le chaos où l'impatience des demi-savans l'ont plongé pendant de nombreux siècles.

Après ces systèmes, qui ont exercé la plus fâcheuse influence sur la thérapeutique, vient l'humorisme, qui découle d'une observation incomplète, et d'une interprétation populaire des phénomènes, combinée avec la plupart des précédens.

La physio-iatrie a conduit à étudier les mouvemens qui résultent de la contraction des muscles, le jeu des articulations, les lois de la circulation du sang; elle a surtout contribué à la découverte de cette importante fonction; peut-être nous éclairera-t-elle enfin sur les rapports de l'électricité avec l'organisme.

Après avoir conduit à l'admission d'une foule de fermens, et d'âcres imaginaires, la chémiatrie a fini par dévoiler elle-même les déceptions qu'elle avait imposées à la médecine.

L'animisme introduit dans la physiologie et la pathologie a été utile, en ce qu'il en est résulté des recherches importantes sur l'influence du physique sur le moral, et du moral sur le physique.

Le sentiment religieux est, dans bien des cas, un auxiliaire bienfaisant de la médecine pratique, tandis que le mysticisme, n'étant qu'une erreur sans base, est toujours nuisible.

L'humorisme a mis sur la voie de la découverte des organes malades, en ce que la pensée dût naturellement remonter des évacuations aux parties d'où elles provenaient.

Le dynamisme, en introduisant un langage tout relatif aux propriétés vitales, au principe de la vie, à la vie, a sans doute nui beaucoup, mais il a été utile, en apprenant à remonter aux organes lésés, par l'étude des fonctions. Il a suffi du mot *organe*, substitué à celui de *vie*, pour porter la lumière dans cet édifice, non moins sombre que régulier.

Celui de tous les systèmes qui a le mieux servi la science, est, sans contredit, le solidisme; on lui reproche d'être ex-

clusif : c'est le moins exclusif de tous, et du moins il repose sur ce qu'il y a de plus positif dans le corps vivant.

Mais il est des médecins qui semblent se plaire à le rétrécir; l'un ne veut d'autre base de la science des maladies que les symptômes; l'autre veut que la pathologie repose tout entière sur l'aspect des organes après la mort; celui-ci prétend que la connaissance des maladies de l'estomac constitue le véritable médecin; celui-là veut qu'on s'occupe avant tout du cerveau, et que tout soit subordonné à ce viscère; un troisième revendique la primauté pour le cœur.

Tous ces systèmes sont aussi utiles à la science que les autres l'ont été peu; il résulte de cette direction des idées de chaque médecin vers un organe, vers un point de pathologie, en particulier, que le domaine entier de la médecine se trouve cultivée par portions avec plus d'activité et d'ardeur que n'en mettrait un seul homme à le féconder dans son entier.

Il appartient aux écrivains à la fois observateurs et érudits de coordonner les divers systèmes, de saisir et de rapprocher ce qu'ils offrent de positif, et de préparer, autant qu'il est en eux, l'élévation du véritable système médical dont on n'aperçoit encore que les linéamens. Mais du moins le terrain est déblayé; le plan est tracé; tous les bons esprits se rallient à l'organisme; chacun s'étudie à ne point substituer aux hypothèses renversées des hypothèses aussi peu fondées. Les lois de la forme et de l'action organiques dans l'état de santé et de maladie : tel est le but des travaux, des observations, des expériences et des méditations des praticiens, des observateurs, des physiologistes et des théoriciens de nos jours. Le passé a payé son tribut à la science; mais il sacrifia trop à l'imagination; le présent adopte ce qu'il nous a légué d'utile et de vrai, et rejette ses erreurs; l'avenir aura moins de reproches à nous faire que nous n'en faisons aux anciens, parce que le véritable chemin est trouvé.

Fruit des travaux de Bordeu, de Barthez, de Chaussier, de Corvisart, de Bichat et de Broussais, le systématisme français actuel repose sur ce grand axiome que *toute maladie est un dérangement organique*. La plupart des médecins français sont aujourd'hui convaincus que tout groupe de symptômes annonce la lésion d'un ou de plusieurs organes; que de la lésion primitive d'un seul organe résulte ce qu'on appelle maladie générale, lorsqu'elle s'étend plus ou moins à tout l'organisme; que le traitement antiphlogistique est indiqué dans le plus grand nombre des maladies, et notamment dans les fièvres, c'est-à-dire dans les maladies aiguës; que, pour diriger avec efficacité ce traitement, et pour placer sans danger les stimulans nécessaires dans un plus petit nombre d'af-

fections, il importe de s'assurer de l'état des voies gastriques; que, dans toute maladie, chercher la nature et le siége du mal, afin de mettre en usage les moyens curatifs avec le plus d'avantages et le moins d'inconvéniens possibles, doit être le but de tout médecin qui ne repousse pas les vérités nouvelles pour le seul plaisir de rester fidèle à d'anciennes erreurs. Ce principe consacre l'union, désormais indissoluble, de la science de l'homme dans l'état de maladie, avec celle de l'homme dans l'état de santé, ou plutôt il réunit pour toujours deux branches d'une science qui n'aurait jamais dû être divisée. On doit désirer que tous les médecins éclairés observent désormais, d'après ce principe, qui les conduira certainement à un système véritablement basé sur les faits, système dont le besoin se fait sentir depuis si long-temps.

On se plaît à répéter que les nouvelles idées passeront de mode; en attendant, elles se répandent; elles inondent la France et l'Europe; au lieu de contenir ce torrent dans de justes limites, on l'a abandonné à son impétuosité, ou l'on a cru le faire reculer par des clameurs; ceux qui se sont approchés pour l'observer ont fini par être entraînés. Le système français, puisqu'on veut que ce soit un système, et c'en est un, comme celui d'Hippocrate, comme ceux de tous les pères de la science, n'aura point le sort du brownisme, quoi qu'en disent ses débiles adversaires. Ses progrès ne peuvent plus être arrêtés; car il ne repose pas sur des subtilités, sur une application plus ou moins judicieuse de la méthode d'étudier en histoire naturelle, à la science des symptômes. Il répond au vœu des anciens, qui déploraient leur ignorance en anatomie, et qui, de temps en temps, arrachaient à l'organisme quelques-uns de ses secrets. Ce n'est l'ouvrage ni d'un jour ni d'un homme, mais bien le résultat de trente siècles d'observations cliniques et de trois siècles de recherches anatomiques. En Angleterre, Lawrence apprécie tout ce que la doctrine française renferme de vaste et de profond, et cet excellent esprit s'élève au dessus des préjugés de sa nation avec une hardiesse qui étonne, même dans un pays où, dit-on, la liberté de penser est illimitée. En Italie, Tommasini, sous une autre forme, et dans un langage malheureusement obscur, se rapproche de plus en plus de l'organisme, après avoir contribué à jeter les bases de la véritable doctrine de l'inflammation. En Allemagne, les disciples et les émules de Marcus ne peuvent manquer de se rallier à des principes qui accordent un si grand rôle à l'inflammation; les élèves des Tiedemann, des Meckel, ne peuvent qu'adhérer à un système où les organes sont tout, et dont l'anatomie et la physiologie sont la base. L'Espagne subit avec empressement et calme la révolution qu'occasione

chez elle la nouvelle doctrine médicale française, comme elle avait subi l'influence du pinelisme; mais, pour cette fois, elle ne sera point stérile, parce que le nouveau système français apprend à penser, et offre en lui-même le moyen de le rectifier.

Actuellement que la base de la médecine est invariablement fixée, il faut se garder d'en rester là; la science recule dès qu'elle n'avance plus. Anathème à tout obstacle qui voudrait en arrêter la marche! il s'agit de la vie des hommes et de la cause de la vérité; que chacun combatte, et son triomphe est assuré contre les basses menées de l'ambition, les lâches calomnies d'hommes profondément pervers, et malgré les exigeances ridicules de l'amour-propre.

SYSTÈME, s. m., *systema*. Sous ce nom, les anatomistes désignent plusieurs séries de tissus d'une nature différente, qui sont répandus dans l'économie, et de la combinaison, de l'arrangement variés d'un plus ou moins grand nombre desquels résulte la texture de nos organes. Le mot TISSU est plus généralement employé aujourd'hui.

Les maladies s'étendent-elles à tout un système? envahissent-elles parfois la totalité de plusieurs systèmes? Aucun fait anatomique, aucun fait physiologique ou pathologique n'autorise à admettre l'affection, au moins égale, uniforme, de tout un système organique. Personne n'a jamais cru à l'affection de tout le système cellulaire; quand la totalité du système circulatoire paraît affecté, pour l'ordinaire, c'est le cœur seulement qui l'est, ou un point plus ou moins étendu des artères ou des veines. Les maladies du système lymphatique ne sont jamais générales, car la mort survient avant que ce système ne soit affecté dans son entier; quand le mal semble s'étendre à tout le système nerveux, le cerveau, la moelle épinière sont seuls lésés. Jamais on n'a trouvé de traces morbides dans tous les os. Le système muqueux et la peau sont ceux dans lesquels on observe, sinon des affections générales et uniformes, au moins les lésions les plus étendues. Dans aucun cas, la totalité du système glandulaire n'est malade, quoique, lorsqu'une glande est affectée, celle de même nature soit très-disposée à s'affecter elle-même. *Voyez* TISSU.

SYSTOLE, s. f., *systole*: contraction ou resserrement du COEUR et des ARTÈRES.

FIN DU QUATORZIÈME VOLUME.